

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER**

ANA LUÍSA PIRES DUTRA

**CONSULTÓRIO DE/NA RUA: UMA MUDANÇA NA REALIDADE DE USUÁRIOS
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO DF?**

**BRASÍLIA
SETEMBRO DE 2014**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER**

ANA LUÍSA PIRES DUTRA

**CONSULTÓRIO DE/NA RUA: UMA MUDANÇA NA REALIDADE DE USUÁRIOS
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO DF?**

Monografia apresentada para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social na
Universidade de Brasília. Orientadora: Prof.^a
Dr.^a Sandra Teixeira.

**BRASÍLIA
SETEMBRO DE 2014**

ANA LUÍSA PIRES DUTRA

**CONSULTÓRIO DE/NA RUA: UMA MUDANÇA NA REALIDADE DE USUÁRIOS
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO DF?**

Monografia apresentada para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social na
Universidade de Brasília. Orientadora: Prof.^a
Dr.^a Sandra Teixeira.

Aprovado em: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^aDr.^a Sandra Teixeira (Orientadora) – Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^aDaniela Neves de Sousa – Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Rosa Helena Stein – Universidade de Brasília

A Dona Maria da Glória. Gracias, abuelita!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Sandra, pela eterna paciência, pelo apoio e por não ter me deixado desistir.

As professoras Dani e Rosa, pela compreensão e disponibilidade de participar da banca examinadora.

A minha avó, Dona Glorinha, aonde quer que esteja, pelo simples fato de ter existido de forma tão intensa (e agora saudosa) em minha vida. Gracias, abuelita!

A Maria do Carmo, por ser a mulher mais forte e guerreira que conheço, além do ser mais iluminado do planeta Terra e a quem tenho o orgulho de chamar de mãe. Sem você eu jamais chegaria aqui. Obrigada por sempre acreditar na minha capacidade, mesmo quando eu mesma duvido dela.

Ao meu pai, Rogério Pereira, por ter o maior coração do mundo, ainda que ele não saiba disso. Todos nós temos defeitos, você exercita minha paciência com os seus, mas suas qualidades sempre se sobressaíram aos meus olhos. Obrigada por ser quem é, do jeito que é.

Aos demais familiares, por me aceitarem como sou, mesmo destoando tanto da família *fitness*. Apesar da minha constante ausência nos almoços de domingo, amo muito todos vocês, e se nos fosse permitido escolher a qual família fazer parte, eu não mudaria a minha em nada.

Ao amor da minha vida, Pedro Lucas, com quem o sonho de construir uma vida juntos foi fundamental para a conclusão desta etapa na minha trajetória. Obrigada por ser meu companheiro, e por permitir que eu seja a sua. Te amo.

Aos meus amigos de sempre, pois sem ter com quem compartilhar as conquistas, nada disso faria sentido. Não citarei nomes, mas quem é sabe e veste a camisa. É muito amor envolvido.

Aos colegas de UnB que foram companheiros diários durante muito tempo: Luana, Palomitcha, Barbarita, Zinho e Lucas, jamais esquecerei o nosso grupinho. A Jaísa, pra quem prometi uma dedicatória exclusiva por “livre e espontânea pressão”: confesso que espero que você nunca procure um terapeuta e continue do jeitinho que é. Te adoro, bicha! Os corredores da UnB não seriam os mesmos sem você!

Aos meninos de rua do DI, em especial a primeira pessoa em situação de rua que tive o imenso prazer de conhecer há quase 10 anos, Thalisson, vulgo Neguin.

Sua superação é admirável, de menino se transformou em um homem que me enche de orgulho! Obrigada por me deixar fazer parte deste processo. Aos saudosos Ratinho e Macaquinho, que vocês tenham encontrado a paz que provavelmente nunca encontraram em vida.

*"Mas de cocaína e crack, whisky e conhaque,
Os mano morre rapidinho sem lugar de destaque!
Mas quem sou eu pra falar de quem cheira ou quem fuma?
Nem dá, nunca te dei porra nenhuma!"*
Racionais MC's

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo geral analisar criticamente o processo de implantação do Consultório de Rua no Distrito Federal e sua recente migração para Consultório na Rua, de modo a evidenciar se a natureza, a abrangência, as atividades e os desafios desse processo de implantação contribuíram para assegurar direitos dos usuários. Assim, serão analisados os modos de atuação e as características do trabalho de intervenção com pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, segundo percepções de profissionais – assistentes sociais – do Consultório de/na Rua atuantes no DF, da atual gerência do CR – atenção primária/básica – e representantes do Movimento de População de Rua. O estudo adotou metodologia qualitativa com roteiros semiestruturados de entrevistas individuais. Participaram da entrevista seis pessoas, sendo cinco do sexo feminino e uma do masculino, de faixa etária entre 25 a 66 anos, não sendo divulgadas mais informações a fim de manter o sigilo dos mesmos. Os relatos geraram sete aspectos a serem analisados: objetivos; rotina; equipes; estrutura/recursos materiais; adesão dos usuários aos serviços do CR; principais demandas e, por fim, avanços, limites e desafios. A análise foi norteadada pela pergunta de pesquisa: em que medida as atividades do Consultório de/na Rua proporcionaram mudanças – positivas/negativas - na realidade de pessoas que vivem em situação de rua e fazem uso abusivo de álcool e outras drogas? Confirma-se a hipótese de que, apesar de ser um grande avanço tal dispositivo que realiza atendimentos dos usuários nos seus espaços de vivência, sem a obrigação da abstinência, incluindo-os num sistema de saúde que sempre os ignorou, as mudanças são quase nulas para a população em situação de rua no geral, uma vez que a demanda é muito grande para equipes tão pequenas e estruturas tão precárias.

Palavras-chaves: álcool e outras drogas, consultório de rua, consultório na rua, população em situação de rua.

ABSTRACT

The general objective of the present study is to critically analyze the implementation process of the Consultório de Rua to Distrito Federal and its recent migration to Consultório na rua, so that can be evidenced if the nature, reach, activities and challenges of this implementation process contributed to ensure the user's rights. With the view, it will be analyzed the acting ways and characteristics of the intervention work with homeless people that use alcohol and/or other drugs, from a professional perspective – social assistants – from the Consultório de/naRua no DF, the current managing of the CR – primary/basic attention – and the Movimento de População de Rua's representative. This study will use qualitative methods with semi structured individual interview scripts. Six individuals will participate, being five female and one male, with ages between 25 and 66 years old, not being further information to keep identity secrecy. The reports generate seven categories to analyze: objectives; routines; crew; structure/material resources; users adherence to the CR services; primary demands; and, finally, advances, limitation and challenges. The analysis will be guided by the research question: in what way the Consultório de/naRua activities provide changes – positives or negatives – in the reality of homeless people who abuse alcohol and other drugs? It is confirmed the hypotheses that, despite of being a major advance, this device that attend the users in their living space, without the obligation of abstinence, including them in a health system that always ignored them, the changes are almost none for the homeless population, since the demand is too high for the smalls crews an precarious structure.

Keywords: alcohol and other drugs, street office, office in the street, homeless population.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Categorias, subcategorias e suas definições a partir da análise de conteúdo. Fonte: Ronzani (2009:5)	26
--	----

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

CADUNICO - Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal

CAP's - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas

CDH - Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CENTRO POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CFM - Conselho Federal de Medicina

CR - Consultório de/na Rua

CTs - Comunidades Terapêuticas

DF - Distrito Federal

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

FIFA - Federação Internacional de Futebol Associado

GDF - Governo do Distrito Federal

HIV – Human Immuno deficiency Virus

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

LSD - Lysergsäurediethylamid (palavra alemã para a dietilamida do ácido lisérgico)

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MG - Minas Gerais

MTSM - dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

OBID - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas

OMS - Organização Mundial da Saúde

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

PIEC - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas

PNAD - Política Nacional Antidrogas

PT - Partido dos Trabalhadores

SEDEST - Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda

SEJUS - Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas

SENARC - Secretaria Nacional de Renda e Cidadania

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SNAS - Secretaria Nacional de Assistência Social

SP - São Paulo

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
Capítulo I – Panorama do consumo de drogas em nossa sociedade	18
1.1 Breve histórico da utilização de algumas drogas	18
1.2 O consumo de drogas na contemporaneidade	22
1.3 Perfil de consumo de drogas no Brasil	25
Capítulo II - Políticas de Saúde, Saúde Mental e Enfrentamento às Drogas: tensões entre o direito e a repressão	30
2.1 SUS e a atenção à saúde mental	30
2.2 Breves considerações sobre a Política de Álcool e Outras Drogas	40
Capítulo III – População de Rua	45
3.1 (Des)Proteção social à população em situação de rua	45
3.2 Breve análise da população de rua Brasil/DF	48
Capítulo IV – Consultório de Rua	52
4.1 Características Gerais do CR no Brasil	52
4.2 Consultório na Rua	54
4.3 Entendendo os Consultórios	56
a) Objetivos	56
b) Rotina	57
c) Equipes	58
d) Estrutura/Recursos Materiais	59
e) Adesão dos usuários	59
f) Principais Demandas	60
g) Avanços, limites e desafios	60
4.4 Análise CR	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	71
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	71
Anexo II – Roteiros de Entrevista (mov. pop. rua)	73
Anexo III – Roteiro de Entrevista (gestão)	74
Anexo IV – Roteiro de Entrevista (trabalhador)	75

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a implantação do Consultório de Rua (CR) no Distrito Federal. Para tanto, faz-se necessário a apresentação do entendimento acerca deste dispositivo, utilizando-se da definição dada pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

“O Consultório de Rua (CR) constitui importante dispositivo público componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental, buscando reduzir a lacuna assistencial histórica das políticas de saúde voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua. Visa substituir um modelo assistencial pautado na hegemonia do modelo biomédico, saindo da lógica da demanda espontânea e da abordagem única de abstinência.” (BRASIL, 2010:4)

No contexto federal os Consultórios de Rua passaram a integrar a intervenção do Estado contra as drogas a partir de 2009, quando o Ministério da Saúde o propôs como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD)¹ no Sistema Único de Saúde. Foi incluído também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (PIEC)² e no Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas³, lançado em 2012 pelo governador do Distrito Federal, Agnelo Queiroz.

O objetivo principal deste trabalho consiste em analisar criticamente o processo de implantação do Consultório de Rua no DF, de modo a evidenciar se a natureza, a abrangência, as atividades e os desafios desse processo de implantação contribuíram para assegurar direitos dos usuários.

O interesse pela análise da implantação do Consultório de Rua no Distrito Federal surgiu em decorrência da experiência obtida com o Estágio Supervisionado em Serviço Social, realizado no 2º semestre de 2011, no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD). Tal instituição foi inaugurada no contexto de lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras

¹ Instituído pela portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009.

² O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010 sendo posteriormente ampliado e inovado pelo Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011, através do Plano “Crack, é possível vencer”, tendo como eixos norteadores o desenvolvimento de ações coordenadas de prevenção (educação, informação e capacitação), cuidado (aumento da oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários) e autoridade (enfrentamento ao tráfico de drogas e às organizações criminosas).

³ Informações obtidas através do portal do GDF, Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania -SEJUS em <http://www.sejus.df.gov.br/projetos/viva-a-vida-sem-drogas.html>

Drogas (PIEC) no Distrito Federal, com o intuito de ser o primeiro CAPS-AD com funcionamento de 24 horas, sete dias por semana. O Consultório de Rua, parte integrante deste CAPS foi a área de maior desenvolvimento das atividades de estágio, o que chamou a atenção quanto ao histórico distanciamento entre usuários/as de álcool e outras drogas em situação de rua e a rede de saúde.

O uso de drogas se faz presente no cotidiano humano desde os primórdios, sendo impossível viver em uma sociedade livre de drogas. Apesar disso, a sociedade de uma forma geral tende a negar este fato, resultando no proibicionismo, estratégia que sempre se mostrou como uma ação fracassada, uma vez que o fato de o consumo de uma droga ser ilegal, não faz com que ela seja erradicada. Além disso, o tabu criado em cima do tema “drogas”, acaba estigmatizando os usuários, gerando um estereótipo no imaginário social de que usuário de droga “não presta”. A população em situação de rua que faz uso abusivo de álcool e outras drogas é a que mais sofre com esse preconceito, que somado à discriminação por viverem nas ruas, resulta em um atendimento de saúde precário, ou até mesmo na falta dele.

O fato da implantação do CR ser uma medida tomada recentemente pelo Governo Federal o torna um tema com pouquíssimas publicações. Apesar de isso o tornar um trabalho bastante exaustivo, trata-se de um assunto de suma importância e que deve estar em pauta no debate. O tema se torna relevante também pela alta divulgação nas mais diversas formas midiáticas, do fenômeno “crack” e do crescimento exorbitante de pessoas que fazem uso abusivo do mesmo. A forma como o tema uso de drogas é tratado pela mídia é por muitas vezes incompatível com a realidade do consumo de drogas no Brasil. A mídia sensacionalista se aproveita da situação e explora o lado mais degradante dos usuários de drogas, pois é o que vende mais, entretanto, isso acaba por degenerar o caráter e comportamento dos usuários, impedindo qualquer possibilidade de liberdade e autonomia.

Para alcançar os objetivos propostos neste trabalho utilizou-se a análise documental e entrevistas semi-estruturadas com sujeitos chaves (gestores da Atenção Primária, assistentes sociais que trabalham no consultório de/na rua e representantes do Movimento de População de Rua).

O levantamento documental abrangeu o relatório de estágio elaborado no desenvolvimento de atividades no CR, a legislação que integrou o Consultório de

Rua como intervenção do Estado (PEAD), as portarias que instauraram a migração para o Consultório na Rua (portarias nº122 e nº123 de 25 de janeiro de 2012), como também materiais referentes ao cuidado com população em situação de rua.

Em Minayo (1996) vemos que a entrevista semi-estruturada é um fenômeno que permite a aproximação da teoria existente sobre o assunto com os fatos ocorridos na realidade, a partir da combinação entre ambos. Manzini (1990/1991) coloca a importância do roteiro de entrevista ser organizado com perguntas principais, dando abertura para que sejam complementadas por outras questões que possam surgir no decorrer da entrevista. Ele ainda destaca que este tipo de entrevista faz com que as informações surjam de forma mais espontânea, desvinculadas das alternativas que um roteiro estruturado sugere, mas sem perder o foco.

As entrevistas foram realizadas com 6 pessoas, sendo 5 do sexo feminino. As participantes foram selecionadas visando dar voz à todos os segmentos participantes dos CR, procurando realizar a análise sob os diversos olhares possíveis, sendo elas: assistentes sociais, representantes do Movimento de População de Rua e profissionais da gerência de Atenção Básica no DF (atual responsável pelo CR). Dentre as pessoas escolhidas para participação desta entrevista, apenas uma se negou a responder o questionário, justificando que não poderia participar sem documento assinado pelo Comitê de Ética. Cabe ressaltar que, em conjunto com minha orientadora, decidimos não ser necessário passar pelo comitê uma vez que só seriam entrevistados funcionários públicos e representantes de movimentos sociais, e que respeitaríamos a autonomia dos sujeitos em querer participar ou não da pesquisa, bem como atentaríamos para outros aspectos, conforme disposto no Código de Ética Profissional do Serviço Social. Saliento ainda, que as pessoas participantes, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aonde lhes foi explicado o porquê da entrevista e onde as informações seriam utilizadas, sendo garantido também, o sigilo de todos os participantes.

A pergunta de pesquisa que norteou este trabalho foi: em que medida as atividades do Consultório de Rua proporcionaram mudanças (positivas/negativas) na realidade de pessoas que vivem em situação de rua e fazem uso abusivo de álcool e outras drogas? Seguida da hipótese de que apesar de ser um grande avanço tal dispositivo que atenda usuários nos seus espaços de vivência, sem a obrigação da

abstinência, incluindo os mesmos num sistema de saúde o qual sempre os ignorou, ainda assim, as mudanças são quase nulas na realidade desses sujeitos.

Para exposição do tema o trabalho foi dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo disserta sobre o panorama do consumo de drogas em nossa sociedade, de modo a evidenciar brevemente o histórico da utilização de algumas drogas desde os primórdios da humanidade até os dias atuais, além de relacionar alguns aspectos relacionados ao perfil de consumo no Brasil.

No segundo capítulo é apresentado, de forma sistematizada, as medidas de enfrentamento às drogas forjadas no arcabouço legal, além do histórico geral do SUS, sua recente atenção à saúde mental (analisando os processos de reforma sanitária e psiquiátrica), como também as tendências contemporâneas da política de saúde brasileira e breves considerações sobre a política de álcool e outras drogas.

O terceiro capítulo é reservado para falar sobre o histórico da (des)proteção social à população em situação de rua e o perfil desta população.

Por fim, no quarto e último capítulo, é exposta a análise acerca da implantação do Consultório considerando os seguintes aspectos: objetivos; rotina; equipes; estrutura/recursos materiais; adesão dos usuários aos serviços do CR; principais demandas e por fim, avanços, limites e desafios.

Capítulo I – Panorama do consumo de drogas em nossa sociedade

A maneira como é abordado o tema acerca das drogas psicotrópicas⁴ faz parecer que é uma discussão nova, um fato contemporâneo. Entretanto, tanto as drogas, como o seu uso para o alcance de prazer (dentre outros motivos), estão presentes na história da humanidade desde os primórdios. (SILVEIRA;MOREIRA, 2006)

Levando em consideração a afirmação acima, faz-se necessária uma breve abordagem sobre a utilização de algumas drogas dentro das sociedades. Portanto, neste capítulo, abordaremos a origem de algumas drogas, a história por trás de seu consumo, o contexto dos usos, seus significados, dentre outras considerações.

1.1 Breve histórico da utilização de algumas drogas

O ser humano sempre esteve em contato com a natureza, fazendo-o um ser social que se relaciona com as plantas, frutos, etc. Além de modificá-la, o homem também é modificado por ela. Entretanto, ele a domina aplicando seus conhecimentos para que ela se adéque as suas necessidades. Levando este fato em consideração, não fica difícil imaginar que com o decorrer do tempo e aprimoramento dos conhecimentos, a humanidade passou a selecionar as plantas que lhe poderiam ser mais úteis, tanto para sua função de alimento, quanto para a função farmacológica de cura. (ABRAMIDES, 2005)

De acordo com Carneiro (1994), diante da imensa diversidade de vegetais, foram selecionados dentre eles, aqueles que tinham propriedades psicoquímicas. Através de vestígios arqueológicos no norte do Iraque, foi descoberto que há 60 mil anos já se tinha o conhecimento de pelo menos oito plantas com valor medicinal comprovado. (ABRAMIDES, 2005)

⁴ “As drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental são chamadas drogas psicotrópicas. O termo psicotrópicas é formado por duas palavras: psico e trópico. Psico está relacionado ao psiquismo, que envolve as funções do sistema nervoso central; e trópico significa em direção a. Drogas psicotrópicas, portanto, são aquelas que atuam sobre o cérebro, alterando de alguma forma o psiquismo. Por essa razão, são também conhecidas como substâncias psicoativas.” Definição retirada da plataforma virtual do OBID - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11250&rastra=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Defini%C3%A7%C3%A3o+e+hist%C3%B3rico Acesso em: 14 Jul. 2014

A alteração do estado de consciência do homem se iniciou através do uso de plantas alucinógenas derivadas de animais, como o cogumelo que provém das fezes de vacas. (ABRAMIDES, 2005)

O álcool é a droga mais antiga que se tem conhecimento, são descritos os usos de vinho e de cerveja em documentos da civilização egípcia. A medicina desta localidade já utilizava essências alcóolicas como embriagador contra dores e como abortivo. Além do uso medicinal, também é relatado o seu uso social, principalmente por jovens, sendo a embriaguez tolerada somente em casos de celebrações religiosas, onde seu uso era inclusive estimulado. (BUCHER, 1989)

No Brasil, os indígenas já produziam uma bebida forte a partir da fermentação da mandioca, que era conhecida como “cauim”, antes mesmo dos portugueses chegarem aqui. Essa bebida era utilizada de forma cultural em rituais e festas. Os portugueses já conheciam a cerveja e o vinho, e aqui aprenderam a produzir a cachaça através da cana-de-açúcar. (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2010)

Já o ópio⁵ iniciou sua história mundial na China, onde sua planta fornecedora, a papoula, era o símbolo nacional. Entretanto, a papoula tem sua origem no Mediterrâneo e no Oriente Médio.

O ópio também era utilizado como uma droga de sociabilidade, assim como o álcool é visto hoje em dia. Para os gregos antigos o ópio era algo divino, tendo seus efeitos “considerados como uma dádiva dos deuses para acalmar os enfermos” (BUCHER, 1989)

A maconha e todos os outros derivados da planta *Cannabis Sativa*, como o cânhamo e o haxixe, são utilizados pelos seres humanos há cerca de quatro ou cinco mil anos. Na China ela era utilizada com fins terapêuticos e considerada um

⁵ “As provas mais antigas do conhecimento do ópio remontam às plaquinhas de escrever dos sumerianos, que viveram na baixa Mesopotâmia (hoje o Iraque) há cerca de 7.000 anos. O conhecimento de suas propriedades medicinais chega depois à Pérsia e ao Egito, por intermédio dos babilônios. Os gregos e os árabes também empregavam o ópio para fins médicos. O primeiro caso conhecido de cultivo da papoula na Índia data do século XI. No tempo do império Mongol (século XVI), a produção e o consumo de ópio nesse país já eram fatos normais. Parece que o ópio foi introduzido na China pelos árabes no século IX u X. O ópio era conhecido também na Europa na Idade Média, e o famoso Paracelso o ministrava a seus pacientes. Quando o ópio era utilizado por prazer, ele era ingerido ou bebido como chá. O hábito de fumar ópio é recente, isto é, conta umas poucas centenas de anos. O abuso do ópio e seus derivados (morfina e heroína) deu origem aos primeiros esforços internacionais de controle do uso de narcóticos.” (CORREIO DA UNESCO. O mosaico das drogas. p.11, 1982)

analgésico pelo imperador ShenNung⁶. No Brasil, até onde se tem notícia, ela foi introduzida através dos escravos africanos, que já faziam uso dela em sua terra natal. (BUCHER, 1989)

Em Toscano Jr. (2001) se vê que por muito tempo a maconha foi utilizada diretamente ligada às suas propriedades medicinais, só no final do século XIX que seu uso foi diminuído pela comunidade médica. (TOSCANO apud ABRAMIDES, 2005)

Ela foi considerada a droga da moda nos anos 60 (juntamente com o LSD), no auge do movimento *hippie*. Sempre se destacou entre os jovens, sendo a droga ilícita mais consumida. Porém, hoje em dia, perde seu espaço para a cocaína nas classes média e alta, e para os inalantes nas classes mais desfavorecidas. (BUCHER, 1989)

Na Jamaica a maconha é utilizada, assim como a coca nos Andes, numa espécie de rito que envolve crenças e costumes compartilhados pela comunidade. Mas, como pode ser observado na citação a seguir, o uso de drogas tem uma determinação de classe social.

Porém há diferenças entre as classes sociais. Na população de baixa renda, a criança aprende a utilizar a erva muito cedo, sendo possível que se coloque chá de ganja até nas mamadeiras. Nas classes média e alta, no entanto, a droga é condenada, mas os adolescentes fumam-na, expressando, assim, a sua oposição contra a geração adulta. Ela se tornou, portanto, um símbolo de curiosidade, prazer, ou mesmo revolta, desvinculado de um ritual social tradicional; ela agora é inserida em um código social novo, aquele dos jovens à procura de novos valores e novos modelos. (BUCHER, 1992. p. 24)

A coca tem suas folhas mastigadas – hábito chamado de coquear – há séculos pela população indígena habitante das montanhas e altiplanos andinos. Tal costume se dá por conta de um contexto geográfico e climático desfavoráveis, onde o ato de mastigar a folha da coca evita consideravelmente o cansaço devido à altitude, e conseqüentemente as sensações de fome, de sede e de frio. Além dessa utilização, também existe o uso medicinal da coca, tendo propriedades específicas para o tratamento de problemas digestivos, no estancamento de hemorragias, cicatrização de feridas, dentre outros. É utilizada por curandeiros que evocam o “espírito da coca” em rituais que envolvem toda a comunidade. (BUCHER, 1989)

⁶Imperador chinês lendário que viveu há cerca de 5 mil anos. Supostamente ensinou aos antigos chineses tanto suas práticas de agricultura, quanto o uso de medicamentos à base de plantas. (COUTO, 2008)

Assim como o ópio, a coca também tem seu valor cultural e mitológico, principalmente nos ritos de nascimento e de morte. No primeiro, a coca é usada para o secamento do cordão umbilical, o qual é enterrado juntamente com folhas desta planta, tornando-se assim, uma espécie de talismã para o indivíduo. Nas cerimônias realizadas na hora da morte, se tem a crença de que a coca assegura a tranquilidade quando se faz a passagem para o “além”. (BUCHER, 1989)

Apesar de existirem registros do uso da folha de coca de séculos atrás, foi só em 1860 que o químico alemão Niemann conseguiu isolar o princípio ativo principal da planta, e nominou-o como “cocaína”. Em 1902 a cocaína foi produzida sinteticamente pela primeira vez em laboratórios, e desde então passou a ser fabricada principalmente por indústrias farmacêuticas que a viam como um “remédio milagroso”, utilizado como medicamento para inúmeras doenças como

(...) catarro crônico, distúrbios digestivos como dispepsias ou mesmo úlceras, afecções respiratórias indo de asma à tuberculose, malária, sífilis, consumpção e caquexia generalizada, ou ainda em casos de anorexia, de anemia grave e de febres prolongadas. Frequentemente ela foi aplicada no tratamento das dependências do ópio e da morfina, bem como do álcool, sendo, em particular, considerada como um “antídoto radical da morfina”. (BUCHER, 1992. p. 118-119)

Sigmund Freud, famoso médico neurologista e criador da psicanálise, foi a pessoa que provavelmente mais contribuiu para a divulgação do tal “remédio milagroso”. Com base no efeito de uso próprio e de outros, ele confirmava todos os benefícios medicinais citados acima, que viriam em decorrência do uso da cocaína. Entretanto, Freud mostrava mais interesse no uso interno (analgésico), do que no seu uso externo (anestésico), deixando então para seu amigo Karl Koller, médico oftalmologista, a descoberta de que a cocaína era uma valiosa droga anestésica, podendo ser utilizada em cirurgias de pequeno porte (olhos, nariz, garganta, etc). (BUCHER, 1992)

Somente após alguns anos é que ficou evidente que a cocaína tinha inúmeros inconvenientes. O principal deles era um grande potencial de tornar o usuário um dependente desta substância. (BUCHER, 1992)

Pode-se perceber que o uso das drogas, com o passar dos anos, são associados de forma bastante distinta do que no início. A maconha, por exemplo, que tinha finalidades medicinais, assim como a cocaína utilizada como anestésico

ocular, hoje em dia têm seu uso tido como “marginalizado”⁷. Com a heroína não é diferente, a mesma surgiu para tratamento de substituição aos usuários de ópio, e hoje é considerada uma das drogas com o potencial de destruição mais nocivo. (ABRAMIDES, 2005)

Como dito no início deste tópico o uso de drogas sempre esteve presente na humanidade, e por mais que tenham sido, e continuem sendo traçadas estratégias com o intuito de reverter a sociedade em uma sociedade livre do uso de drogas, isto nunca ocorreu, nem nunca ocorrerá. No item a seguir serão apresentados de forma sistematizada alguns determinantes do uso de drogas na sociedade atual.

1.2 O consumo de drogas na contemporaneidade

Um dos motivos aparentes para o uso de drogas tem como visão a superação das formas históricas de moralidade e de concepções de saúde, que servem, na visão de muitos, para o controle e manipulação dos comportamentos, e negam, assim, a liberdade dos indivíduos. Um exemplo claro desse pensamento se deu com a juventude dos anos 60 e o movimento *hippie*, que dentre outros ideais, contestavam a sociedade de consumo e faziam uma crítica à invasão norte-americana ao Vietnã. (BRITES, 2006)

Na época, as principais drogas utilizadas eram a maconha e o LSD⁸. Hobsbawm (1995) coloca que tanto o sexo, quanto as drogas, eram as maneiras

⁷ O termo está entre aspas pois não está sendo utilizado em sua forma literal. Seu significado no dicionário chega a ser revoltante. “mar.gi.na.li.za.do **adj** (**part** de **marginalizar**) Que se marginalizou. **sm** Indivíduo mais ou menos improdutivo, indigente, subempregado ou que como trabalhador, embora amparado pela legislação trabalhista, não tem condições de manter uma família, vivendo por isso à margem da sociedade.” (“marginalizado” In: DICIONÁRIO Michaelis. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/> Acesso em: 05 dez. 2013) Em tal definição, subentende-se que o indivíduo é quem se marginaliza, no entanto, ele é quem sofre a ação de ser marginalizado. Uma vez colocado às margens da sociedade, ele é visto exatamente como é definido pelo dicionário, sem que necessariamente o seja de fato.

⁸ “O LSD-25 (abreviação de dietilamina do ácido lisérgico) é, talvez, a mais potente droga alucinógena existente. É utilizado habitualmente por via oral, embora possa ser misturado ocasionalmente com tabaco e fumado. Algumas microgramas (e micrograma é um milésimo de uma miligrama que, por sua vez, é um milésimo de um grama) já são suficientes para produzir alucinações no ser humano. O efeito alucinógeno do LSD-25 foi descoberto em 1943 pelo cientista suíço Hoffman, por acaso, ao aspirar pequeníssima quantidade de pó num descuido de laboratório. Eis o que ele descreveu: “Os objetos e o aspecto dos meus colegas de laboratório pareciam sofrer mudanças ópticas. Não conseguindo me concentrar em meu trabalho, num estado de sonambulismo, fui para casa, onde uma vontade irresistível de me deitar apoderou-se de mim. Fechei as cortinas do quarto e imediatamente caí em um estado mental peculiar, semelhante à embriaguez, mas caracterizado por imaginação exagerada. Com os olhos fechados, figuras fantásticas de extraordinária plasticidade e coloração surgiram diante de meus olhos”. O seu relato detalhado das experiências alucinatórias levou a uma intensa pesquisa desta classe de substâncias, culminando, nas décadas de 50 e 60, no seu uso

mais óbvias de bater de frente com o Estado, os pais, os vizinhos, as leis, etc. Com exceção do álcool e do tabaco, o consumo de drogas não permissivas, até então, se limitava a pequenas subculturas das sociedades alta, baixa e marginal. Além do gesto de rebelião intrínseco no ato de violar as leis, provavelmente a própria sensação que a droga causava já era atração suficiente. (BRITES, 2006)

Como colocado anteriormente, o movimento *hippie* contestava a sociedade de consumo, e contraditoriamente, consumia drogas para reafirmação desta crítica. Entretanto, cabe avaliar que o uso de drogas nesse período se associava “à liberdade de expressão, à expansão e alteração de formas de percepção da realidade que, num certo sentido, continham uma crítica à realidade burguesa e à moralidade que corresponde à sua sociabilidade.” (BRITES, 2006:44)

Já Bucher e Costa (1985) colocam que a droga pode servir de “válvula de escape”, permitindo a fuga da angustia que a transitoriedade humana pode trazer. Associam também ao contato com forças divinas e espirituais, como também a tentativa de preencher uma “falta” ou alargar os limites existenciais. Sendo assim, a droga faz parte de um contexto cultural e diz respeito à projetos individuais ou sociais, que podem ser passados de geração em geração. O uso de drogas pode também ser associado à busca do prazer, o que para os autores é o que mais condiz com a dependência moderna. (CHAIBUB, 2009)

Brites (2006) em sua tese de doutorado coloca que

O uso de drogas responde às finalidades de busca de prazer, de desempenho, de sociabilidade, de transcendência, de alterações de percepções e sensações só que agora numa ambiência cultural que valoriza a intimidade, que despreza o espaço público e as ações coletivas, que valoriza o espetáculo e estimula o consumo ilimitado de imagens e de produtos como únicas formas de satisfação de necessidades.

Os indivíduos sociais estão mergulhados num cotidiano profundamente violento, competitivo, repetitivo e estreitamente vinculado às necessidades de sobrevivência. (BRITES, 2006:65)

Ao longo da história nota-se uma multiplicidade de interesses que motivam o uso de drogas. Como vimos acima, seu uso corresponde a necessidades médicas, culturais, religiosas, mitológicas. As drogas, segundo afirmação de Carneiro (2002), constituem-se em necessidades humanas. Qual a particularidade do consumo de drogas na contemporaneidade? Ainda em Carneiro (2002), vê-se que é o fato de no

século XX vivenciar-se a maior fase de expansão mercantil do consumo de drogas concomitante ao aprofundamento do proibicionismo.

No processo da Revolução Industrial a produção e o uso de drogas sofreram grandes transformações, sendo mercantilizadas, ou seja, produzidas e distribuídas no modo de produção capitalista. Neste processo, não importa se as drogas são legais ou ilegais, elas apenas são produzidas em massa, sendo transformadas quimicamente para o consumo. Tal produção em larga escala, assim como todas as outras que se tem conhecimento, é um negócio muito lucrativo, uma vez que também se explora a mais-valia do trabalho humano. Entretanto, se faz necessária a diferenciação da droga-produto, que tinha somente valor de uso, e a droga-mercadoria, que possui acima de tudo o valor de troca. A droga-mercadoria, só se torna mercadoria, pelo fato de ter sempre alguém que a queira utilizar (tê-la como droga-produto), e que possa pagar por ela, transformando-a assim, na sociabilidade burguesa, um objeto que pode ser mercantilizado. (ROCHA, 2013)

O fator mercantilização nos remete a discussão de que sempre haverá quem queira usar, e sendo assim,

(...) se a necessidade do uso de drogas não pode ser satisfeita por meios legais, os homens buscarão novas maneiras de satisfazê-la. Portanto, todo o discurso ideologizado que *demoniza* as drogas, bem como os fundamentos religiosos e as ações proibicionistas não fazem com que as substâncias psicoativas deixem de existir. Por isso a proibição de algumas drogas não garante diminuição ou fim do uso; ao contrário, a proibição torna o negócio mais lucrativo. (ROCHA, 2013. p. 568)

O proibicionismo das drogas (discussão que será aprofundada no Capítulo 2) das drogas, até hoje se mostrou como uma ação fracassada, uma vez que o fato de o consumo de uma droga ser ilegal, não faz com que ela seja erradicada, não faz com que ela não seja produzida, não faz sequer com que ela não seja consumida. O que se nota é a possibilidade de uma economia ilegal que tem lucros exorbitantes, a guerra do (e ao) tráfico, além da marginalização e discriminação daqueles que fazem uso de substâncias ilegais. Juntando todos esses fatores, gera-se tudo, gera-se uma enorme crise de violência e corrupção, menos a diminuição ou fim do uso e das drogas.

Em Pereira (2011) vemos que

O frio, o medo, a fome, o sofrimento causado pelo preconceito e pela discriminação, são fatores determinantes para o consumo destas substâncias. Ademais, além de encontrarem nestas uma fuga (temporária ou permanente) da realidade experimentada em seus cotidianos, algumas

drogas são mais baratas e mais acessíveis do que alimentos. (PEREIRA, 2011. p. 88)

Saliento a parte em que diz respeito à necessidade de sobrevivência, pois se tratando de grupos desfavorecidos, em situação de rua, receio que seja esse o motivo principal para o consumo abusivo de drogas, visto que o aprofundamento da desestruturação do mercado de trabalho tem sido um dos determinantes do crescimento da população em situação de rua. Baseio isso no fato da realidade do desemprego no Brasil, e se tratando de uma sociedade capitalista, quem não produz, não é útil. Sem emprego, não há verba; sem verba, não há comida, nem casa, nem condições mínimas para um ser humano viver dignamente, com isso aparecem as frustrações, aparece a fome, e a droga é muitas vezes uma alternativa de sobrevivência para essas pessoas, alternativa para esquecer a fome, esquecer o frio, e às vezes, esquecer delas mesmas. Nesse sentido, é relevante observar características gerais do consumo de drogas no Brasil.

1.3 Perfil de consumo de drogas no Brasil

As normas sociais ditam as atitudes negativas atribuídas à determinados comportamentos. Essas normas variam de acordo com o contexto histórico, econômico e cultural do grupo que os indivíduos estão inseridos, ou seja, o que é recriminado em determinada cultura, pode ser amplamente aceito por outra e vice-versa. Tais normas sociais são aprendidas na escola, em casa, com amigos, e provavelmente sua maior fonte inspiradora seja a mídia, que nos instruem a como nos comportar e agir no mundo. (RONZANI, 2009)

Ronzani (2009) coloca que as mensagens passadas pela mídia podem produzir o efeito de crenças inverídicas por parte da população em geral no que diz respeito às substâncias psicoativas. Contrapondo a isso, ela também pode ser ferramenta importante na criação de estratégias de prevenção e promoção da saúde da população.

Tem-se como pressuposto que a mídia deve ter um papel objetivo e neutro, para que caiba ao leitor interpretar livremente os fatos veiculados. Mas fica claro que o que é exposto trata-se de

uma certa obra de ficção, uma vez que seu conteúdo é produzido de acordo com os padrões que dão forma e corpo aos fatos, sendo "real" antes de ser apresentado a seu "consumidor", selecionado, lido e interpretado, ganhando novos sentidos e relevâncias, acrescentando-se a esta produção o valor da

credibilidade. Assim, esta mídia exerce poder na formação de opiniões e sua interpretação constitui-se em um poderoso instrumento de manipulação da vida social, a ponto de ser qualificado como quarto poder. (RONZANI, 2009 :3)

A pesquisa⁹ que originou esse tópico analisou os conteúdos que a mídia escrita brasileira apresentou sobre drogas, entre os anos de 1999 e 2003. Para a realização foram analisados artigos publicados em uma revista de grande circulação nacional destinada ao público em geral. Na primeira etapa foram pesquisadas as seguintes palavras-chaves: álcool, anabolizante(s), anfetamina(s), ansiolítico(s), barbitúrico(s), cigarro/tabaco, cocaína, crack, ecstasy, heroína, maconha, morfina, ópio, sedativo(s), solvente(s) e o termo droga(s). Após essa seleção, foram descartadas aquelas matérias que não se encaixavam com os requisitos da pesquisa, e o restante foi lido e associado a categorias e subcategorias (Tabela 1) para se ver com que tipo de informação as drogas eram associadas.

Tabela 1. Categorias, subcategorias e suas definições a partir da análise de conteúdo.

Categoria	Subcategoria	Definição
Saúde	Malefícios do uso	Efeitos orgânicos negativos ao usuário
	Benefícios do uso	Efeitos orgânicos positivos ao usuário
Comportamento	Estímulo ao uso	Destaque maior aos efeitos positivos pelo uso e textos instigadores do consumo
	Consumo	Aplicação, estatísticas e padrões de consumo
	Dependência	Estudos sobre a dependência
	Educação	Medidas educacionais de redução e prevenção do uso
	Crenças	Opiniões pessoais ou de grupos sobre a droga e o uso
	Biografia	Associação da droga à pessoa em destaque
	Implicações sociais	Consequências à sociedade em decorrência do uso
Tráfico	Apreensão	Tipo, quantidade, local e procedência de apreensões
	Poder paralelo	Modo de funcionamento e descrição do poder de organizações criminosas ligadas ao tráfico
	Vínculo com política	Relacionamento entre países para combater a droga
Políticas públicas	Medidas restritivas	Leis que proíbem, restringem e punem o uso e a comercialização da droga, bem como políticas públicas de prevenção
	Medidas permissivas	Leis que permitem ou flexionam o consumo e a comercialização da droga
Tratamento	Políticas de tratamento	Iniciativas públicas de tratamento
	Estratégias pessoais	Pesquisas e indicações de tratamento ao indivíduo
Economia	Cultivo	Formas e locais de cultivo e produção
	Publicidade	Divulgação de novas e antigas drogas de maneira semelhante à propaganda
	Custos econômicos	Aspectos financeiros da produção, prevenção e uso da droga, seja para empresas ou países

Tabela 1- Categorias, subcategorias e suas definições a partir da análise de conteúdo. Fonte: Ronzani (2009:5)

⁹ As idéias e dados deste tópico foram baseados na pesquisa “Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003”, produzido por RONZANI, Telmo Mota et al. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500016>.

De acordo com os resultados, os pesquisadores observaram que de uma forma geral, os temas e principais drogas que são abordadas na mídia não condizem com os dados epidemiológicos brasileiros ou mundiais. Foram publicados neste período poucos artigos sobre as drogas mais utilizadas no país, e algumas drogas foram relacionadas com temas que não traziam os aspectos mais relevantes das mesmas.

Matérias que abordassem o uso de solventes, por exemplo, foram incompatíveis com os dados apresentados pelo CEBRID, uma vez que o solvente é a segunda droga ilícita mais utilizada na vida¹⁰ no Brasil e não teve sequer uma reportagem que o citasse. Já com a heroína houve o inverso, aconteceu uma extrapolação de matérias a seu respeito, principalmente nas subcategorias “consumo” e “poder paralelo”, o que poderia levar a crer que seu consumo aumentou, sendo que de acordo com o CEBRID, o uso na vida de heroína no Brasil corresponde a 0,1%. Ou seja, diversas outras drogas são muito mais usadas e não receberam tal destaque. O crack, por exemplo, apesar de ter sido a quinta droga mais citada, não foi encontrada nenhuma matéria que fizesse uma relação com o tema “saúde”, sendo que é evidente as consequências biológicas que o uso abusivo de crack pode causar, essas consequências podem ser tão graves, ou até mais, do que outras drogas que foram bastante destacadas neste contexto de malefícios do uso, como o cigarro, o álcool e os anabolizantes.

Concluiu-se desta pesquisa que o que é tratado pela mídia, é por muitas vezes incompatível com a realidade do consumo de drogas no Brasil. A mídia sensacionalista se aproveita da situação e explora o lado mais degradante dos usuários de drogas, pois é o que vende mais, entretanto, isso acaba por degenerar o caráter e comportamento dos usuários, impedindo qualquer possibilidade de liberdade e autonomia, deixando brechas para que o Estado, através de profissionais da saúde e do serviço social, decida por suas vidas, enviando-os a algum abrigo, ou com a internação compulsória.

De acordo com material produzido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)¹¹ no Brasil dos anos 80 a cocaína passou a ser a droga das elites, e nos anos 90, surgiu um subproduto desta, o *crack*, que seria a “cocaína dos pobres” e atingia

¹⁰ O uso na vida é definido como um único episódio de uso da droga na vida, pelo menos.

¹¹ Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Dependente do Uso do Crack. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>

classes econômicas mais baixas por conta de seu baixo preço de custo. O nome crack se deu por conta do barulho que as “pedras” fazem ao serem queimadas, sendo fumadas em cachimbos geralmente improvisados com latinhas de alumínio. Seu consumo provoca uma grande euforia, entretanto o efeito é de curta duração, com intensa fissura e síndrome de urgência para repetir a dose.

Em uma pesquisa realizada pela Associação de Psiquiatria Brasileira, intitulada “Abuso e Dependência: Crack” publicada na Revista da Associação Médica Brasileira¹² é relatado que tanto a cocaína quanto o *crack* são consumidos atualmente por 0,3% da população mundial. A maioria desses usuários localiza-se nas Américas (chegando a equivaler a 70%) e, tem sido notado um crescente aumento deste número na última década. No Brasil o número chega a ser maior do que 900.000 usuários, quase o triplo dos levantamentos anteriores¹³. Antes de 1989, o *crack* sequer era detectado nos levantamentos epidemiológicos nacionais. Em 1993, no entanto, o uso em vida atingiu 36% e, em 1997, 46%.

Apesar de ser um fato o aumento de pessoas que fazem uso abusivo de drogas em nossa sociedade, no Brasil não existem dados muito atuais sobre o tema. A última publicação do “Relatório Brasileiro Sobre Drogas”, publicado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, data de 2009, e expõe números do ano de 2001 e 2005.

Os dados apresentados neste relatório são fruto de pesquisa realizada nas cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes¹⁴ no Censo de 2000, com pessoas de 12 a 65 anos.

Os números são altos, segundo o relatório desta pesquisa. No ano de 2001, 19,4% dos entrevistados já havia consumido algum tipo de droga ilícita durante a vida; 68,7% já haviam ingerido bebida alcoólica e 41,1% já haviam fumado tabaco. Entre as drogas ilícitas, a mais usada foi a maconha, com 6,9%, seguida dos

¹² ASSOCIACAO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: crack. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2012, vol.58, n.2, pp. 138-140. ISSN 0104-4230. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000200008>.

¹³ Vale salientar que de acordo com a publicação, esses dados não possuem estudos científicos concretos, são desprovidos de avaliação crítica e baseados em consensos.

¹⁴ A cidade de Palmas, no estado de Tocantins, também foi incluída na pesquisa, apesar de não ter tal população à época, pelo fato de ser a capital e maior cidade do estado.

solventes¹⁵, com 5,8%, dos benzodiazepínicos¹⁶ com 3,3% e da cocaína, com 2,3% dos entrevistados afirmando já ter feito uso.

A estimativa de dependentes de álcool foi de 11,2% e de tabaco 9,0%, o que corresponde a 5.283.000 e 4.214.000 pessoas, respectivamente. A dependência para os benzodiazepínicos atingiu 1,1%, seguida pela dependência de maconha com 1,0%, de solventes com 0,8% e de anfetamínicos¹⁷ 0,4% dos entrevistados.

Os dados de 2005 mostram que o consumo de drogas psicotrópicas pela população brasileira permaneceu, de certa forma, estável.

Considerando o foco deste trabalho, que trata de um serviço voltado para as pessoas em situação de rua, é importante conhecer algumas características acerca do consumo de drogas por parte destes usuários no DF. O material produzido¹⁸ por Camila Potyara (2011), aponta que 45,2% dos adolescentes em situação de rua no Distrito Federal, afirmam usar ou já terem feito uso de drogas. Destes, 8,7% fazem uso apenas de drogas lícitas (cigarro e bebidas alcoólicas) e 36,5% consomem drogas ilícitas, podendo fazer uso de drogas lícitas concomitantemente.

As drogas mais utilizadas por esses adolescentes são cigarro (31,1%), maconha (23,4%), bebida alcoólica (14,4%) e *crack* (10,8%). A pesquisadora faz

¹⁵ “Solventes são substâncias capazes de dissolver coisas. Todo solvente é uma substância altamente volátil, isto é, que se evapora facilmente. Outra característica da maioria dos solventes é a de serem inflamáveis, isto é, pegam fogo com facilidade. Inalante é um solvente com características de ser uma substância facilmente volátil e que pode ser inalada, isto é, pode ser introduzida no organismo através da aspiração pelo nariz ou boca. Nem todo solvente pode ser inalado. Por exemplo, a água é um solvente, entretanto não pode ser inalada, pois é pouco volátil (não se evapora facilmente), dessa forma não é um inalante.” Definição disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/mundojovem/conteudo/index.php?id_conteudo=11242&rastra=Tipos+de+Drogas/Solventes+ou+Inalantes Acesso em 14 Jul. 2014

¹⁶ “São medicamentos que reduzem a atividade em determinadas regiões do cérebro levando a diminuição da ansiedade. Por isso, são também conhecidos como tranqüilizantes ou ansiolíticos.” Definição disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11290&rastra=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS%2FTipos+de+drogas/Tranq%C3%BCilizantes+ou+Ansiol%C3%ADticos#definicao Acesso em: 14 Jul. 2014

¹⁷ “As anfetaminas são drogas estimulantes, isto é, fazem com que o cérebro trabalhe mais depressa, deixando as pessoas mais “ligadas”, com menos sono. São substâncias sintéticas: fabricadas em laboratório e não a partir de produtos naturais. Este tipo de droga costuma ser muito utilizado por motoristas que precisam dirigir durante muitas horas seguidas, por estudantes que passam noites inteiras estudando e por pessoas que querem emagrecer sem acompanhamento médico.” Definição disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/mundojovem/conteudo/index.php?id_conteudo=11225&rastra=Tipos+de+Drogas/Anfetaminas Acesso em: 14 Jul. 2014

¹⁸ O material citado foi intitulado como PROJETO RENOVANDO A CIDADANIA: pesquisa sobre a população em situação de rua do Distrito Federal. Através dele se realizou levantamento censitário da população em situação de rua no Distrito Federal, focado na obtenção de dados e informações que permitam compreender a singularidade do seu perfil e das suas condições de vida.

uma observação importante, apontando para o fato de que as drogas mais utilizadas são justamente as lícitas, aquelas que são menos desaprovadas pela sociedade em geral, chamando atenção para a necessidade de mais campanhas que combatam o uso e comercialização dessas substâncias para menores de idade. Vale ressaltar também que o início de uso de drogas relatado por esses adolescentes é bastante precoce, 64% antes mesmo dos 12 anos. (PEREIRA, 2011)

O número encontrado por meio de entrevistas realizadas com adultos em situação de rua é ainda maior, 85,8% afirmaram usar drogas. Sendo que 41,4% fazem uso apenas de drogas lícitas (cigarro e bebidas alcoólicas) e 44,4% consomem drogas ilícitas, podendo fazer uso de drogas lícitas concomitantemente. As drogas mais utilizadas são cigarro (30,6%), bebida alcoólica (26,1%), maconha (12,5%), e crack (9,2%). (PEREIRA, 2011)

O número maior de usuários de álcool e outras drogas entre adultos em situação de rua, se comparado à crianças e adolescentes, é explicado pelo fato do maior tempo de vivência na rua do primeiro grupo. (PEREIRA, 2011)

Capítulo II - Políticas de Saúde, Saúde Mental e Enfrentamento às Drogas: tensões entre o direito e a repressão

Neste capítulo apresentaremos, de forma sistematizada, as medidas de enfrentamento às drogas forjadas no arcabouço legal, e realmente efetivadas (ou não), abordando a caracterização das respostas por parte do Estado no que tange o uso de drogas.

Para tal, será abordado o histórico geral do SUS, sua recente atenção à saúde mental (analisando os processos de reforma sanitária e psiquiátrica), como também as tendências contemporâneas da política de saúde brasileira e breves considerações sobre a política de álcool e outras drogas.

2.1 SUS e a atenção à saúde mental

A saúde é entendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. A concepção de saúde presente na legislação brasileira

promulgada após os anos 80 é ainda mais ampliada que a da OMS, pois entende que a saúde expressa

a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (art. 3º, Lei, 8.080/1990)

Após a Constituição Federal de 1988 a saúde passou a ser definida como um direito de todos e um dever do Estado, o qual deve assegurar condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, veio com essa Constituição de 1988, trazendo como princípios o acesso universal ao serviço de saúde, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização dos recursos da saúde, e o controle social, que é exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. A saúde vem sendo garantida, ao menos teoricamente, através de políticas sociais e econômicas, visando à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e assistência. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008)

Com o SUS, foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, inclusive a de saúde mental. Entretanto, vale fazer aqui, um breve histórico da Política de Saúde no Brasil, que nem sempre esteve como foco de atuação do Estado.

A política de saúde brasileira, em sua trajetória, sempre obedeceu à ótica do capitalismo nacional, seguindo as tendências do capitalismo internacional. O estado brasileiro não tinha a política de saúde como uma de suas prioridades, dando atenção a mesma somente quando existiam momentos de epidemia¹⁹ ou endemias²⁰ que influenciassem negativamente na área social, ameaçando, assim, o modelo capitalista. (AGUIAR, 2011)

No período colonial/imperial, que data de 1500 até 1889, por exemplo, o quadro sanitário do Brasil era caracterizado por diversas doenças transmissíveis, que foram trazidas a princípio pelos colonizadores portugueses, e em seguida pelos

¹⁹ Epidemia: “Ocorrência coletiva de uma determinada doença transmissível em uma determinada área geográfica acometendo a população de forma permanente e contínua.” (AGUIAR, 2011, p.18)

²⁰ Endemia: “Ocorrência súbita de uma determinada doença transmissível em uma determinada área geográfica, acometendo em curto espaço de tempo grande número de pessoas.” (AGUIAR, 2011, p. 18)

escravos que vinham da África e por outros diversos estrangeiros. Nessa época não existia uma política de saúde, todas as medidas que eram tomadas na ocorrência de epidemias, eram intervenções pontuais e eram interrompidas assim que o problema era “resolvido”. (AGUIAR, 2011)

Fica claro que o interesse no controle das epidemias era puramente econômico, uma vez que as ações de saneamento básico e infraestrutura eram realizadas quase que exclusivamente nos locais de circulação de mercadorias, em especial nos portos de Santos e Rio de Janeiro.

Quando Oswaldo Cruz²¹ foi nomeado para a Diretoria Geral da Saúde Pública, surgiram as campanhas sanitárias²² como modelo de intervenção ao combate de epidemias. Já em 1904, com o surto de varíola, houve a imposição de vacinação de uma população já revoltada com as tais campanhas sanitárias, o que acabou desencadeando a chamada Revolta da Vacina²³. (AGUIAR, 2011)

Em Bravo (2006) vemos que o Estado só intervém de fato na política de saúde, a partir do século XX, na década de 1930. No século XVIII a assistência médica era baseada na filantropia, e no século XIX, como vimos anteriormente, as intervenções eram feitas em decorrência das transformações econômicas e políticas.

A saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922. Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. (AGUIAR, 2011, p. 90)

As CAPs eram financiadas com recursos das empresas, do governo e dos empregados. Como eram organizadas também pelas empresas, só os grandes estabelecimentos tinham condição de mantê-la. Os benefícios (assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço,

²¹ Médico e pesquisador do Instituto Pasteur.

²² Esse modelo tinha conotação militar, e era de inspiração americana trazido de Cuba, onde se utilizava de um estilo repressivo e autoritário na intervenção médica.

²³ A Revolta da Vacina ocorreu no período de 10 a 16 de novembro de 1904, sendo uma reação popular contrária a Lei da Vacinação, que permitia a entrada de brigadas sanitárias e policiais nas casas para realização de vacinação à força. O movimento era liderado por políticos opositores do governo e médicos contrários a vacina, tendo também a participação de movimentos estudantis e populares. (AGUIAR, 2011)

velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral) era proporcionais às contribuições feitas. (BRAVO, 2006)

A política de saúde formulada na década de 30 era de caráter nacional, e organizada em dois subsetores:

O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2006. p. 91)

Durante a Era Vargas (1930-1945) houve um crescimento muito rápido da indústria, dentre outros fatores, por conta das precárias condições de trabalho, o que piorou ainda mais as condições de vida e saúde da população, que já não contava com moradia e saneamento adequados. Aos problemas antigos de saúde existentes, foram adicionados mais alguns como os acidentes de trabalho, as doenças profissionais, o estresse, dentre outros. Mas como o interesse econômico nunca acabou, era necessário fazer com que a força de produção estivesse em condições de trabalhar, logo os CAPs foram transformados em Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs²⁴. (AGUIAR, 2011)

Mendes (*apud* AGUIAR, 2011) coloca que diferentemente das CAPs, onde a assistência médica era prerrogativa fundamental, nas IAPs ela tinha um aspecto secundário, sendo priorizada a contenção de gastos para o investimento em outras áreas de interesse do governo. As categorias profissionais que obtinham mais recursos construíam seus próprios hospitais para o atendimento de seus segurados. Entretanto, algumas empresas ficavam insatisfeitas com a atuação dos IAPs, e contratavam serviços médicos particulares, o que ampliou o modelo médico-privatista que foi hegemônico de 60 a 80. (AGUIAR, 2011)

Em 1930 também foi criado o Ministério da Saúde, vinculado ao Ministério da Educação, onde as ações de caráter coletivo eram geridas, separadas das ações curativas e individuais, que eram de responsabilidade dos IAPs. Foi só em 1953 que o Ministério da Saúde foi criado independente da área de educação.(AGUIAR, 2011)

No período do regime militar (1964-1984) o sistema de saúde era caracterizado pelo “predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma

²⁴ Os IAPs foram criados no governo de Vargas, vinculados ao Ministério do Trabalho. Não eram mais organizados por empresas, mas sim por categorias profissionais: dos marítimos, dos bancários, dos comerciários, dos empregados de transportes e cargas e dos industriários.

burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde.” (AGUIAR, 2011, p. 29)

Durante todo esse tempo descrito (e outros não mencionados pela extensão dos acontecimentos), os problemas sociais e de saúde só se agravavam, e a “resolução” por parte do Ministério da Saúde era extremamente lenta e praticamente insignificante. Com isso, a insatisfação popular foi aumentando, até que um dia, finalmente, eclodiu na Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária refere-se ao projeto articulado durante todo o ano de 70 e 80 no Brasil, tendo como defensores sanitaristas, lideranças populares, trabalhadores, sindicatos, parlamentares de esquerda, intelectuais, estudantes de saúde e entidades como CEBES²⁵ e ABRASCO²⁶. O projeto tinha como perspectiva a reformulação do sistema de saúde e preconizava a criação de um sistema único de saúde. Lutavam contra as condições precárias de vida da população, contra as iniquidades do sistema de saúde, pela universalização do direito à saúde e pelo reconhecimento da saúde como direito social a ser garantido pelo Estado. O momento de maior expressão do movimento foi com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, onde a reforma desejada do sistema de saúde foi amplamente debatida e conseqüentemente inscrita na Constituição Federal de 1988. (AGUIAR, 2011)

Paralelamente ao “movimento sanitário” ocorria um processo político e social que lutava pela Reforma Psiquiátrica, processo esse que pretendia construir um novo estatuto social para a pessoa acometida por sofrimento mental, que lhe garantisse o respeito a seus direitos e sua individualidade, promovendo cidadania. Defendia também a modificação do sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. Este modelo seria substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando a integração da pessoa que sofre de transtornos mentais à comunidade.

²⁵ “Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, criado em julho de 1976. Através da Revista Saúde em Debate mantinha um espaço de divulgação dos problemas de saúde brasileira, de crítica e propostas para reformas do sistema de saúde.” (AGUIAR, 2011, p. 35)

²⁶ “Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, criada em 1979, atuava na formação de profissionais com ênfase na saúde coletiva e articulação com a sociedade organizada e o poder público para a reorganização das políticas públicas de saúde.” (AGUIAR, 2011, p. 35)

De acordo com relatório produzido na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (BRASIL, 2005), o ano de 1978 foi o que marcou o início pela luta dos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005. p. 7)

Em Amarante (1995) vemos que os asilos segregavam aqueles que de alguma forma eram diferentes, apresentando desvios e divergências sociais e/ou culturais, denominados de "loucos".

Havia no Brasil, convênios do poder público com os manicômios, onde eram utilizados como tratamento a aplicação massiva de medicamentos e utilização de outros métodos questionáveis para trazer o paciente à "normalidade", como o eletrochoque. Os maus-tratos eram comuns nessas instituições, onde os pacientes não tinham as menores condições de dignidade humana, e foram alvos de inspeção e denúncias do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2001, 2004).

Mas os maus-tratos não eram de exclusividade brasileira. Na obra *O século dos Manicômios* de Isaias Pessotti, ele expõe um trecho retirado de uma carta escrita no ano de 1818 por Esquirol, importante pesquisador de tais instituições, destinada ao ministro do Interior da França. O conteúdo da carta é bastante chocante, e relata as condições dos internos de manicômios que Esquirol visitara na época:

"Eles são mais mal tratados que os criminosos; eu os vi nus, ou vestidos de trapos, estirados no chão, defendidos da umidade do pavimento apenas por um pouco de palha. Eu os vi privados de ar para respirar, de água para matar a sede, e das coisas indispensáveis à vida. Eu os vi entregues às mãos de verdadeiros carcereiros, abandonados à vigilância brutal destes. Eu os vi em ambientes estreitos, sujos, com falta de ar, de luz, acorrentados em lugares nos quais se hesitaria até em guardar bestas ferozes, que os governos, por luxo e com grandes despesas, mantêm nas capitais." (Esquirol, 1818, apud Pessotti, 1996. P. 54)

Entre os serviços propostos pela Reforma Psiquiátrica, se encontra o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. (BRASIL, 2004)

Uma das primeiras conquistas da Reforma Psiquiátrica foi justamente o surgimento do primeiro CAPS, em São Paulo, no ano de 1987. Além disso, houve um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, instituição que já contava com inúmeras denúncias de maus-tratos e até morte de pacientes. Com a repercussão nacional que essa intervenção obteve, ficou claro que era possível a construção de uma rede de cuidados diferente do hospital psiquiátrico. A partir disso, foram implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos, esses núcleos funcionavam 24 horas e contavam com residências para abrigar os egressos do hospital e associações. Ficou então comprovado que “a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível.” (BRASIL, 2005. p. 7)

No campo legislativo e normativo, o início da luta se deu também em 1989, a partir do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado ²⁷ (PT/MG) que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. A partir de 1992, inspirados por este Projeto de Lei, os movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados as primeiras leis que substituem progressivamente os leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. As primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária e normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos começam a acontecer após a assinatura por parte do Brasil na Declaração de Caracas²⁸, em 1990. (BRASIL, 2005)

²⁷ “O projeto era simples, com três artigos: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomial de atendimento; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir um parecer sobre a legalidade da internação.” (JORNAL DO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2006, p. 4)

²⁸ “Em 1990, a organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde organizaram a Conferência Regional para a estruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina.

Após ser aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto de Paulo Delgado enfrentou inúmeras dificuldades no Senado, que acabou aprovando um substituto, e somente dez anos depois, em 2000. Esse novo projeto havia sido escrito pelo senador Sebastião Rocha, mas era extremamente ambíguo quanto ao papel e regulamentação da internação, chegando inclusive a autorizar a construção de novos hospitais e contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos nas regiões que não tivessem estrutura assistencial. Contraditoriamente, obrigaria que novas estruturas fossem construídas justamente segundo o modelo que se queria substituir. Na volta do texto à Câmara dos Deputados, o artigo referente à construção ou contratação de novos leitos foi suprimido, e a lei finalmente aprovada - a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 - foi considerada pelo movimento da reforma uma lei progressista. Mesmo tendo demorado tanto tempo para ser aprovada, é importante destacar que a apresentação do projeto de lei original, de 1989, produziu uma intensa discussão sobre o tema em todo o país, o que fez com que o movimento da reforma avançasse. Além disso, a discussão sobre o projeto provocou a elaboração e aprovação, em oito estados, de leis estaduais que regulamentavam a assistência com base na substituição dos leitos psiquiátricos. Ou seja, a Lei de Paulo Delgado acabou começando a produzir efeitos antes mesmo de ser aprovada.(JORNAL DO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. 2006)

A partir disso, são criadas no Ministério da Saúde linhas de financiamento específicas para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, além de mecanismos novos de fiscalização, gestão e redução de leitos. O processo de desinstitucionalização de pessoas internadas há muito tempo também é impulsionado com o programa “De volta pra casa”²⁹. É criado também uma política

O objetivo da Conferência era fazer uma revisão crítica do papel dos hospitais psiquiátricos, em grande parte incentivada pela experiência italiana de desinstitucionalização dos doentes mentais. além disso, a conferência pretendia garantir respeito aos direitos dos internos, já que a América do Sul tinha um histórico de abusos causados pelos diversos governos ditatoriais que tomaram conta do continente nos anos 60 e 70. Como resultado da Conferência, foi publicada em 14 de novembro de 1990 a "Declaração de Caracas". a carta verificava a ineficiência dos hospitais psiquiátricos como único modo de assistência aos doentes mentais e orientava mudanças no atendimento a esses doentes, salientando os benefícios da manutenção do enfermo próximo à sua família. O documento salientava também a necessidade de respeitar, a todo momento, a dignidade dos enfermos e seus direitos humanos e civis e incentivava a criação de organizações e associações que fiscalizassem o funcionamento das instituições psiquiátricas.” (JORNAL DO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2006, p. 5)

²⁹ “Programa este que visa a promover e a facilitar o processo de reabilitação e inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, que tenham um histórico de vida com 02 (dois) ou mais

para a questão do álcool e outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos³⁰. (BRASIL, 2005)

Além dessas estratégias, temos conhecimento das Comunidades Terapêuticas (CTs) que foram criadas em 1979 como uma resposta à dependência de drogas (POZAS, 1996 apud SABINO, 2005). No site do Governo Federal vemos sua definição como

Instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga.

Dentro desta concepção do governo federal teoria as CTs são a chave do problema, mas a realidade infelizmente é bem diferente. Em 2011 impulsionada pelas inúmeras denúncias de violação de direitos humanos dentro de Comunidades Terapêuticas, a Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia realizou uma Inspeção Nacional, com o apoio dos 20 Conselhos Regionais de Psicologia, em 24 estados e Distrito Federal, num total de 68 instituições.

Das 68 CTs, mais da metade é financiada com verba pública (63%), 78% tem seu funcionamento condizente com a doutrinação de alguma religião, e a violação de direitos humanos foi constatada como uma regra, sendo presente em 100% das instituições visitadas.

A lista de violações é extensa, foram registrados

Interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o anti-HIV – exigência esta inconstitucional -, intimidações, desrespeito a orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade (...) ruptura total dos laços afetivos e sociais, ou, ainda, no impedimento de qualquer forma de

anos de internações em hospitais psiquiátricos. O referido programa incentiva a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos financeiros e assistenciais; o primeiro, ofertado através de uma bolsa auxílio-reabilitação, e o segundo é específico para o cuidado dessas pessoas, objetivando sempre facilitar o convívio social, sendo capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos, sejam esses civis, políticos, sejam de cidadania.” (FREIRE; SILVA; OLIVEIRA, 2012. p. 1)

³⁰ “As ações de Redução de Danos constituem um conjunto de estratégias de saúde pública voltadas para minimização das consequências adversas causadas por práticas de risco, priorizado o controle das doenças sexualmente transmissíveis – DST’s, HIV/Aids, Tuberculose e as Hepatites principalmente entre usuários de drogas, entre outras populações de risco acrescido. Redução de Danos tem como proposta abordar o fenômeno de forma mais pragmática sem julgamento de valor e que possa reduzir os danos individuais e sociais do uso de drogas lícitas e ilícitas.” (Folhetim do Programa de Redução de Danos – Campo Grande/MS, S/D. p. 1)

comunicação com o mundo externo. (Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. 2011. P. 190)

O que se pode concluir dessa inspeção é que os serviços ofertados em tais instituições contrariam os pressupostos que orientam as políticas públicas, não se têm respeito pela cidadania dos usuários. Como colocado, a maioria das instituições se utilizam de um credo como recurso de tratamento, o que fere o caráter laico do Estado, quando os internos são coagidos a participar de tais atividades, ainda que divirjam de suas crenças pessoais. Além disso, poucos profissionais da área da saúde são encontrados, e quando são, os mesmos não atuam de acordo com seus saberes técnicos-científicos, seguindo também o caráter religioso.

Têm-se também a adoção de internação compulsória pela maioria, mesmo que a mesma só possa ser adotada a partir de um processo judicial. E as que não são adeptas dessa prática, agem em contradição, quando seus internos não podem tomar a decisão de continuar ou não com o tratamento imposto.

São inúmeras as violações, e ainda assim, a grande maioria recebe recurso público, ou são reconhecidas como instituições de utilidade públicas, sendo isentas de pagar impostos. Sendo assim, caberia ao Estado, no mínimo, a fiscalização da aplicação desses recursos, e ainda, a fiscalização das condições com que essas pessoas são tratadas.

As CTs ilustram o desmonte da Política de Saúde, tendo dois projetos entre tensão: a Política de Saúde construída na década de 80 – inscrita na Constituição de 88, resultado de lutas e do Projeto da Reforma Sanitária - que já foi abordada aqui, versus o projeto de saúde articulado ao mercado, tendo como tendências principais

A contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (Costa, 1996, apud Bravo, 2006:14).

Ou seja, a saúde fica vinculada ao mercado, dando prioridade as parcerias com a sociedade civil, desresponsabilizando o Estado, no que diz respeito à usuários de álcool e outras drogas (no caso das CTs), fazendo-se urgente a continuidade do processo da Reforma Psiquiátrica, para a capacidade de ofertar

tratamento digno a todos que dele necessitam, sem a refilantropização que se manifesta com agentes comunitários e cuidadores na realização de atividades profissionais, com o objetivo único da redução de custos. (BRAVO, 2006)

2.2 Breves considerações sobre a Política de Álcool e Outras Drogas

Desde a “descoberta” do Brasil em 1500 até a década de 1920, não havia nenhum tipo de controle oficial sobre as drogas. As políticas públicas para enfrentamento e controle destas, são relativamente recentes no país. Foi só em 1921 que houve a criação da primeira lei restritiva na utilização de algumas substâncias psicoativas, na época: ópio, morfina, heroína e cocaína. Tais drogas só poderiam ser utilizadas com indicação médica. Quase 60 anos depois, em outubro de 1976, surge a lei nº6.368 que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes. Entre 1980 e 1993 criaram-se órgãos que coordenavam pesquisas e ações referentes às drogas, como o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, do Conselho Nacional de Entorpecentes, da Secretaria Nacional de Entorpecentes, que era ligada ao Ministério da Justiça. (MENDES; BARSANELLI, 2009)

A partir de 1998, com a Política Nacional Antidrogas (PNAD), as políticas públicas na área de drogas deixam de priorizar a repressão ao tráfico e a atenção médico-hospitalar de internação em hospitais psiquiátricos e adotar a prevenção como orientação fundamental, admitindo que a dependência, deve se vista como doença e não como crime³¹. Tal política foi marco da atuação do governo federal nos assuntos relativos à redução da demanda e da oferta de drogas no Brasil, foi adotada uma metodologia de interação entre governo e sociedade para redefinir essa política. A metodologia consistiu numa série de eventos desenvolvidos que visavam facilitar a participação popular e garantir uma atualização em caráter democrático e participativo. Os eventos foram de níveis internacional, regional e nacional. (MENDES; BARSANELLI, 2009)

A PNAD tem como pressupostos a construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de lícitas; a diferenciação entre o usuário, pessoa em uso indevido, dependente e o traficante; a conscientização do usuário e

³¹ Cabe lembrar que tal medida já fazia parte da luta dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, tanto que, como foi mencionado em tópico anterior, a partir da aprovação da Lei Paulo Delgado, em 2001 foi criada uma política para a questão do álcool e outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos.

da sociedade em geral; garantia de um tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas; priorização da prevenção; cooperação nacional e internacional, entre outros. Neste mesmo ano foi criada a Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas (SENAD), visando agir em favor da redução da demanda no país, compartilhando a responsabilidade entre governo, setor produtivo e sociedade civil, reconhecendo a necessária ação conjunta entre essas esferas.(MENDES; BARSANELLI, 2009)

Em 2002, foi aprovado um conjunto de portarias que regulamentavam aspectos dos CAPS, incluindo CAPS-AD, locais aonde são oferecidos atendimento diário à pessoas com transtornos mentais e que façam uso de álcool e/ou outras drogas, a fim de proporcionar uma reinserção social com esses usuários. Além disso, essas portarias passaram a destinar financiamento específico para a rede. No ano seguinte, o Ministério da Saúde publica a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – deixando claro que o SUS atende a este público. (MENDES; BARSANELLI, 2009)

No ano de 2006 é aprovada a Lei 11.343 que

Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. (BRASIL, 2006)

Em 2009 o Ministério da Saúde institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas³² no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010). A partir daí o crack passa a assumir protagonismo na mídia, e no foco das capacitações e criação de estratégias de abordagem para profissionais da área de álcool e outras drogas. Em maio de 2010,

³²O PEAD trouxe como alguns de seus objetivos a ampliação do acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS; a diversificação das ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos, como também, a construção de respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural e aos direitos humanos. O Plano é dividido em duas etapas, em sua primeira etapa tinha o objetivo de atender aos 100 maiores municípios, incluindo as capitais e municípios de fronteira selecionados, o que equivaleria à 77.686.057 habitantes (41,2% da pop. brasileira), e somente na etapa II é que novos municípios seriam inclusos. Ele traz como segmento prioritário de atendimento crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. E como plano de ação, a ampliação do acesso ao tratamento na saúde mental, com a implantação de 40 novos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), desses 20 AD (álcool e outras drogas - destinados à adultos que fazem uso abusivo de álcool e outra drogas), 15 I (infanto-juvenil – destinado à crianças e adolescentes), 5 III (atendimento 24 horas). (BRASIL, 2009)

o decreto Nº 7.179, institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas³³ (PIEC).

É visível que alguns avanços ocorreram nos últimos anos, entretanto, não são medidas suficientes para romper com o caráter conservador e autoritário das respostas que são dados pelo Estado no enfrentamento do consumo de algumas drogas. Um dos exemplos mais claros são as forças de repressão por parte do Estado nas chamadas “cracolândias”, nos municípios de São Paulo e do Rio de Janeiro. O discurso dominante, que é amplamente divulgado pela mídia, remete ao lado mais degradante da droga, e induz ao pensamento de que as drogas ilícitas, nos dias atuais o crack especificamente, inevitavelmente degeneram o caráter e o comportamento de seus usuários, fazendo com que os mesmos não tenham nem liberdade, nem autonomia, “autorizando” o Estado a realizar os tratamentos compulsórios, violando os direitos humanos.

É necessário reconhecer que o uso de drogas simplesmente faz parte da vida de alguns indivíduos, e que exige uma capacidade crítica para compreensão e diferenciação dos vários tipos de drogas existentes, a diversidade de seus usos, as diferentes motivações, e os danos sociais e de saúde decorrentes dessas práticas.

A dicotomia existente entre drogas lícitas e ilícitas revela que ao invés de reduzir os danos sociais e de saúde associados aos seus usos, acaba em um discurso moralizante, que serve muito mais para controlar o comportamento de determinados segmentos sociais que são historicamente discriminados. Além disso, o aumento da violência e da criminalidade associadas ao tráfico e ao consumo de drogas, pode ser diretamente ligado ao fato de algumas drogas serem ilegais. A ilegalidade acaba por legitimar atos de violência e violadores de direitos humanos por parte de profissionais tanto da segurança pública, quanto da saúde e da educação.

Rocha (2013. p. 561) coloca que “Os discursos ideologizados justificam a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas, colocando-os como inimigos sociais sem considerar as contradições e riscos que são submetidos cotidianamente.” A ideologia proibicionista faz com que a questão das drogas seja tratada pela Segurança Pública, o que não permite a percepção de que o controle

³³O PIEC traz como seus eixos norteadores o desenvolvimento de ações coordenadas de cuidado (aumento da oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários), prevenção (educação, informação e capacitação) e autoridade (enfrentamento ao tráfico de drogas e às organizações criminosas).

social está por trás disso, uma vez que geralmente, o status de traficante (perigoso) é atribuído ao jovem negro e pobre, enquanto o jovem branco de classe média e alta corresponde ao status de usuário.

A lei 11.343 citada anteriormente fica conhecida como “a nova lei antidrogas” e ganha grande repercussão nacional. Ela mantém a lógica das legislações anteriores, abrandando as sanções para os usuários de drogas e aplicando penas mais rígidas com os traficantes. Entretanto, fica a critério do juiz a identificação do indivíduo como traficante ou como usuário.

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente. (BRASIL, 2006)

Percebe-se, então, a subjetividade em que o “crime” é determinado. A determinação, praticamente fica a cargo da leitura dos primeiros que se deparam com a situação, ou seja, policiais e/ou delegados, que irão escrever o boletim de ocorrências conduzindo para um lado, ou para outro. Tem-se então, infelizmente, que contar com o “olhar” dos policiais, e com o “bom senso” dos juízes. (ROCHA, 2013)

Um exemplo claro de que existem alternativas realmente eficazes que não o proibicionismo, é o do nosso país vizinho, Uruguai, que já permitia o consumo de maconha e foi o primeiro país a legalizar a produção e venda da droga. A nova lei foi aprovada no Senado em 2013, e entrou em vigor no primeiro semestre de 2014.

Em participação em um debate da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa – CDH, Julio Heriberto Calzada, Secretário Nacional de Drogas do Uruguai, afirmou que desde a adoção de regras que regulamentam o cultivo e a venda da droga, o país reduziu as mortes ligadas ao uso e comércio da maconha a zero. Julio ponderou que a legalização da maconha pode aumentar o número de usuários, entretanto, articulada a outras ferramentas de política pública, juntamente com aspectos culturais e sociais, existe a possibilidade de alterar os padrões de consumo e levar ao êxito na redução de usuários. Colocou também a necessidade de se avaliar que as inúmeras substâncias psicoativas existentes, têm suas particularidades e precisam ser analisadas de acordo com as mesmas. Ainda de acordo com o Secretário, a criminalização dos usuários faz com que o cidadão seja tratado como dependente, tendo como uma das consequências o

mau atendimento (ou falta dele) por parte do sistema de saúde, afirmando que cerca de 90% dos usuários de drogas, não procuram ajuda no sistema de saúde. (BRASIL, 2014)

Cabem aqui algumas reflexões, inicio com o seguinte questionamento: o que de fato são as drogas? De acordo com a OMS, droga é qualquer substância que altera o funcionamento do organismo. Nisso, então, estariam englobados: café, açúcar, refrigerante, chocolate, aquele remedinho para dor de cabeça, e inúmeras substâncias presentes no cotidiano de qualquer ser humano, incluindo nós, brasileiros. Toda substância consumida de forma abusiva é prejudicial ao ser humano, por que, então, somente algumas drogas são proibidas? De acordo com Cinco (2013) a proibição das drogas, desde a antiguidade até os dias atuais, se dá pela luta entre culturas.

O Rio de Janeiro foi o primeiro local do mundo a proibir o consumo da maconha. A maconha chegou ao Brasil através dos escravos africanos, e em 1830, deixando bem explícito a discriminação étnica, foi publicada uma lei com os dizeres: “é proibido aos escravos e a outras pessoas o pito do pango”. Além de ter sido o primeiro a proibir, o Rio de Janeiro também foi o primeiro a possuir um órgão responsável pela repressão do uso da *Cannabis*, que se chamava Delegacia de Tóxicos e Mistificações, que além da erva, reprimia o exercício da capoeira e das religiões afro-brasileiras. (CINCO, 2013)

Nos Estados Unidos também não foi diferente, quem “bancou” a Lei Seca, que proibia o consumo do álcool, foi um grupo que se denomina como “os verdadeiros americanos”, são brancos, anglo-saxões e protestantes. A perseguição ao “álcool”, era na realidade, uma perseguição aos italianos e irlandeses, pois eram esses que o consumiam. Já a perseguição à maconha, era uma forma de criminalizar os mexicanos.

Encerro o capítulo com a melhor definição que encontrei sobre o que é a guerra as drogas:

É uma guerra difusa, desleal e desigual. De um lado, controle de opções individuais, pois as pessoas deveriam ter a liberdade de se entorpecer, do outro lado, o controle das classes chamadas “perigosas”. Certamente, os fundamentos ideológicos que se constroem acerca do tráfico de drogas criminalizam a pobreza. As chamadas políticas de combate ao tráfico de drogas desenvolvem-se a partir de pessoas que estão, via de regra, vivendo em morros e bairros periféricos dos centros urbanos e deixando sem penalização pessoas e grupos que estão na ponta das redes e/ou realizam crimes e ações ilegais de outras espécies. (ROCHA, 2013)

Capítulo III – População de Rua

Andar na rua e ver alguém deitado no chão, nos bancos das praças, ou simplesmente vagando sem rumo, geralmente sujos, com feridas ou aparentemente sob efeito de alguma droga, não é uma situação que choque a maioria esmagadora da sociedade. Já estamos acostumados a presenciar este tipo de situação e naturalizá-la, como se essas pessoas já fizessem parte do cenário urbano. Além da tamanha indiferença da maior parte da população em relação a este grupo de pessoas, o preconceito geral já fixou um estereótipo de que pessoas em situação de rua são, desde sempre, diga-se de passagem, analfabetos, viciados, e com certeza praticante dos mais diversos tipos de crime.

Neste capítulo será abordado o histórico da (des)proteção social à população em situação de rua e o perfil desta população, quebrando ou confirmando alguns paradigmas, como os citados acima.

3.1 (Des)Proteção social à população em situação de rua

O fenômeno de pessoas que fazem da rua sua moradia existe, provavelmente, desde o desenvolvimento das primeiras cidades, como vemos em Stoffels (apud MELO, 2011), a constatação do aparecimento de pessoas em situação de rua se deu na Grécia antiga, desenvolvendo-se a partir da decomposição da sociedade arcaica e com a consolidação da propriedade privada, da escravidão, do Estado, das cidades, da divisão do trabalho, etc. Semelhantemente em Roma, os despejos rurais provocados pela guerra, adissolução de exércitos, o regime escravocrata e a consolidação da propriedade privada, resultou no aparecimento da mendicância.

.E durante muito tempo (a maior parte) da história do Brasil, essas pessoas foram criminalizadas acusadas de vadiagem, como consta no Código Criminal do Império do Brasil (1830):

Art. 295. Não tomar qualquer pessoa uma ocupação honesta, e útil, de que passa subsistir, depois de advertido pelo Juiz de Paz, não tendo renda suficiente. Pena - de prisão com trabalho por oito a vinte e quatro dias.

Art. 296. Andar mendigando: 1º Nos lugares, em que existem estabelecimentos publicos para os mendigos, ou havendo pessoa, que se offereça a sustental-os. 2º Quando os que mendigarem estiverem em termos de trabalhar, ainda que nos lugares não hajam os ditos estabelecimentos. 3º

Quando fingirem chagas, ou outras enfermidades.^{4º} Quando mesmo invalidos mendigarem em reunião de quatro, ou mais, não sendo pai, e filhos, e não se incluindo também no numero dos quatro as mulheres, que acompanharem seus maridos, e os moços, que guiarem os cegos. Penas - de prisão simples, ou com trabalho, segundo o estado das forças do mendigo, por oito dias a um mez. (BRASIL, Código Criminal do Império do Brasil, 1830.)

E Código Penal dos Estados Unidos do Brazil (1890):

Art. 399. Deixar de exercitar profissão, officio, ou qualquer mister em que ganhe a vida, não possuindo meios de subsistencia e domicilio certo em que habite; prover a subsistencia por meio de occupação prohibida por lei, ou manifestamente offensiva da moral e dos bons costumes:

Pena – de prisão cellullar por quinze a trinta dias.

§ 1º Pela mesma sentença que condemnar o infractor como vadio, ou vagabundo, será elle obrigado a assignar termo de tomar occupação dentro de 15 dias, contados do cumprimento da pena.

§ 2º Os maiores de 14 annos serão recolhidos a estabelecimentos disciplinares industriaes, onde poderão ser conservados até á idade de 21 annos. (BRASIL, Código Penal dos Estados Unidos do Brazil, 1890.)

Fica claro que o pensamento que imperava na época, e que impera até os dias de hoje, é que o fato de pessoas morarem na rua contraria os bons costumes e o valor do trabalho. Sendo culpabilizados, criminalizados, sem sequer um olhar sob todo o contexto e histórico de vida dessas pessoas, fazendo com que a sociedade pense ter que se proteger de tal segmento (preferencialmente eliminando-os do campo de visão e negando suas existências), vistos como inúteis e escória da sociedade. Tais pensamentos acabam incentivando a “higienização” das ruas e segregação social, coisas nem um pouco distantes da atualidade, como visto na Copa do Mundo realizada este ano no Brasil, sendo instaurado o “Padrão FIFA”³⁴.

Nas décadas de 70 e 80, quem inicia o movimento de organização de pessoas em situação de rua, é a Igreja Católica com a Pastoral do Povo da Rua, tendo como destaque as cidades de São Paulo e Belo Horizonte. A partir dessa movimentação, foram implantadas casas de assistência para os indivíduos em

³⁴ Foram veiculadas diversas notícias sobre o desaparecimento e abrigamento à força de pessoas em situação de rua durante o período da Copa do Mundo no Brasil. No DF, o Centro Nacional de Direitos Humanos da População de Rua encaminhou denúncia ao MP-DF sobre o desaparecimento de algumas pessoas, especialmente na área central de Brasília. Além disso, milagrosamente no período da Copa, a SEDEST foi motivada a antecipar a criação de vagas para abrigar pessoas em situação de rua, dessas cem destinadas a adultos e famílias e vinte para crianças e adolescentes. (Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2014-06/moradores-de-rua-de-brasilia-denunciam-higienizacao-social-por> Acesso em 15 Jul. 2014) Já no Rio de Janeiro, de acordo com site da BBC Brasil, o Ministério Público acusa a prefeitura carioca da retirada de 669 moradores de rua, de forma compulsória, entre os dias 20 de maio e 2 de junho, para o abrigamento em local que é alvo de denúncias de superlotação e má higiene e, de acordo com uma liminar judicial, não poderia mais receber novos abrigados desde maio. (Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/07/140628_rio_mendigo_wc2014_jp.shtml Acesso em: 15 Jul. 2014)

situação de rua e organizava-se movimentos de representação popular, principalmente com os catadores de material reciclável, onde eram realizados eventos e comemorações de mobilização social. (BASTOS, 2003; CANDIDO, 2006 apud BRASIL, 2012).

Foi só na Constituição de 1988, com o reconhecimento dos direitos sociais como direitos fundamentais e com a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS³⁵, aprovada em 1993, onde a Assistência Social foi reconhecida como Política Pública, que passou a ser dever do Estado a atenção à população em situação de rua. (BRASIL, 1988. BRASIL, 1993)

Em 2009 também é instaurada, a partir do Decreto nº 7.053, a Política Nacional para a População em Situação de Rua³⁶, uma conquista dos movimentos sociais em defesa deste segmento. Já em 2010, através da Instrução Operacional conjunta da Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS – e Secretaria Nacional de Renda e Cidadania – SENARC – nº 07, de 22 de novembro de 2010 os municípios e Distrito Federal são orientados na inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CADUNICO³⁷.

Mesmo com avanços no marco legal vale salientar que as políticas direcionadas ao público em situação de rua ainda contam com alguns entraves, manifestados principalmente com a burocracia. Por exemplo, a identificação pessoal é necessária para o atendimento, entretanto, a maioria das pessoas em situação de rua, não possuem documento que os identifique, assim como também não possuem comprovante domiciliar, uma vez que moram na rua.

³⁵ Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

³⁶ Parágrafo único. Para fins deste Decreto, considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, Decreto Nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009)

³⁷ O CADUNICO é um instrumento coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) que faz a identificação e caracterização de famílias de baixa renda (entendidas neste cadastro como famílias que tenham renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou até três salários mínimos). Ele traz informações de todo o núcleo familiar, das características do domicílio, das formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dados de cada um dos componentes da família, permitindo conhecer a realidade socioeconômica da família. Através de um sistema informatizado o poder público pode formular e implementar políticas específicas, que contribuem para a redução das vulnerabilidades sociais a que essas famílias estão expostas. Ele obrigatoriamente deve ser usado na de beneficiários de programas sociais do Governo Federal, como o Bolsa Família. (Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastrounico> Acesso em 14 Jul. 2014)

A esses entraves “burocráticos” de acesso às políticas sociais pela população em situação de rua somam-se: a falta de articulação entre as políticas sociais, as metodologias inadequadas dos programas, a falta de habilidade e capacitação dos servidores públicos para lidarem com esse grupo populacional, além do preconceito social que estigmatiza essas pessoas como “vagabundos”, “desordeiros”, “preguiçosos” e “bandidos”, fazendo com que sejam consideradas não merecedoras do acesso aos direitos sociais. (SILVA, 2009:176)

Vemos então, que apesar de alguns avanços, em tempos de neoliberalismo as políticas sociais no Brasil são marcadas pela lógica de focalização em detrimento da perspectiva universalizante. No que diz respeito à população de rua, tais políticas são implementadas de forma extremamente restritiva, e geralmente constituem limites de acesso para essa população, que é desassistida historicamente. (SILVA, 2009)

3.2 Breve análise da população de rua Brasil/DF

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) juntamente com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) realizaram, nos anos de 2007 a 2008, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua³⁸.

Na síntese de seus resultados, publicados em um Sumário Executivo, foram apontadas 31.922 pessoas vivendo em situação de rua (deve-se levar em conta que a pesquisa foi aplicada apenas em 71 municípios brasileiros, sendo assim, a totalidade de pessoas em situação de rua é ainda maior). (BRASIL, 2008)

Das características socioeconômicas obtém-se o resultado de que a predominância da população em situação de rua é masculina (82%); a idade de 53% das pessoas entrevistadas varia de 25 a 44 anos; 67% é negra (soma de pessoas que se declaram pardas e pretas); 52,6% tem a renda baixa, recebendo de R\$20,00 a R\$50,00 por semana. (BRASIL, 2008)

³⁸ A pesquisa foi realizada em 71 cidades brasileiras, das quais fizeram parte 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e 23 capitais, independentemente de seu porte populacional (entre as capitais brasileiras não foram pesquisadas São Paulo, Belo Horizonte e Recife, que haviam realizado pesquisas semelhantes em anos recentes, e nem Porto Alegre que solicitou sua exclusão da amostra por estar conduzindo uma pesquisa de iniciativa municipal simultaneamente ao estudo contratado pelo MDS). O público alvo foram pessoas que tivessem a partir de 18 anos e estivessem em situação de rua.

Com relação à formação escolar, quebramos o primeiro paradigma, uma vez que a maioria sabe escrever (74%), mas contraditoriamente a isso, 95% não estuda atualmente, contando apenas com 3,8% que está ou no ensino formal, ou fazendo algum curso profissionalizante. (BRASIL, 2008)

Chama bastante atenção o principal motivo que levou essas pessoas à vida nas ruas, principalmente por estar diretamente relacionado com o foco principal deste trabalho: 35,5% apontaram que passaram a viver nas ruas por conta de problemas com álcool e/ou outras drogas,

No que diz respeito ao local em que preferem passar a noite, 46,5% tem preferência em dormir na rua, contra 43,8% que preferem os albergues. Outra vez os motivos que estão atrás das ações são reveladores: 44,3% apontaram a falta de liberdade como o principal motivo de dormirem na rua. O segundo principal motivo foi o horário (27,1%) seguido da proibição do uso de álcool e/ou outras drogas (21,4%), ambos igualmente relacionados com a falta de liberdade.

O paradigma do “vagabundo” é quebrado com a informação a seguir: a maioria da população em situação de rua é de trabalhadores, chegando a 70,9% as pessoas que exercem alguma atividade remunerada. Outro dado que chocaria a grande maioria, é que apenas 15,7% pedem dinheiro como meio principal de sobrevivência, ou seja, é a minoria desta população que é “pedinte”.

Quando necessitam de algum atendimento médico, 43,8% procuram a emergência dos hospitais e 27,4% procuram o posto de saúde. A maioria faz toma banho e faz necessidades fisiológicas na rua (32,6% e 32,5%, respectivamente).

Dos documentos de identificação 24,8% não possui qualquer que seja, o que dificulta o acesso a serviços e programas governamentais. Dos programas governamentais, que poderiam representar “uma luz no fim do túnel” para esses indivíduos, a maioria esmagadora não é beneficiada por nenhum (88,5%). Além disso, não contam com apoio familiar 82% são homens sozinhos e 40% não têm contato com nenhum parente.

A participação em movimentos sociais é minoria dentro dessa população, apenas 2,9% fazem parte de algum. Além disso, a maioria (61,6%) não exerce o direito de cidadania através do voto, pois não possuem título de eleitor.

A partir de documento já utilizado no tópico referente ao perfil do consumo de drogas no Brasil, produzido por Camila Potyara (2011), pode-se traçar o perfil de

peessoas que vivem em situação de rua exclusivamente no Distrito Federal. Os dados também fazem coro ao que já foi exposto até aqui.

Foram encontrados 2.512 indivíduos³⁹ em situação de rua⁴⁰, destes 1.972 adultos, 221 adolescentes e 319 crianças. Em todas as faixas etárias o percentual de pessoas do sexo masculino também é maior (74,6%), sendo de 78,1% em adultos, 65,9% em adolescentes e mais equilibrado em crianças (51%).

A maioria desta população foi identificada como pardas (42,2%) ou negras (40,4%), e concentradas em maior número na Região Administrativa de Águas Claras, uma vez que o único albergue governamental que presta atendimento a pessoas em situação de rua, Albercon, encontra-se nesta localidade.

No grupo dos adultos, a maioria tem entre 31 e 40 anos, e os idosos⁴¹ são minoria, somando apenas 4,2% do total. A grande parte é proveniente de outros estados, sendo os três primeiros Bahia (17,7%), Minas Gerais (9,8%) e Goiás (8,9%). Apenas 18,9% é proveniente do DF. O motivo mais citado para a migração para o DF foi a procura de trabalho (49,1%). Antes da mudança, apenas 21% já dormiam nas ruas (a maioria tinha casa própria ou alugada), sendo possível inferir que vieram à Brasília a procura de melhoria de qualidade de vida através do trabalho, encontrando, infelizmente, o extremo oposto disto. A taxa de analfabetismo entre a população do DF também é baixa, nos adultos, 81,9% sabem ler e 82,2% sabem escrever.

No que diz respeito a saúde, como já mencionado em tópico anterior, 85,8% dos adultos afirmaram usar drogas. Mas cabe salientar que este número, ainda que alto, quebra mais um estigma que se é criado em cima dessa população, uma vez que 41,4% fazem uso apenas de drogas lícitas (cigarro e bebidas alcoólicas) e 44,4% consomem drogas ilícitas, ou seja, a grande maioria (55,6%) não faz uso de drogas ilícitas, não fazendo jus a imagem de “drogados” que se têm.

Em sua dissertação de mestrado Pereira (2008) coloca que a população de rua de Brasília vive em meio ao lixo, realizando trabalhos que exigem grande esforço físico e se alimentam frequentemente dos restos de comida encontrados em meio ao

³⁹ Destes 1.597 responderam ao questionário completo, o restante foi contabilizado e colhidas informações referentes a cor e sexo. Para não se perder informações de sexo e cor por conta de indivíduos que não responderam ao questionário, as mesmas ficaram a cargo dos pesquisadores.

⁴⁰ Foram visitadas ruas, praças, viadutos, cerrados, comércios e instituições de abrigo e acolhida.

⁴¹ Acima de 60 anos.

lixo recolhido. Isto somado à falta de água potável, mudanças bruscas de temperatura e condições de insalubridade nos locais habitados, faz com que essas pessoas estejam predispostas a desenvolver alguma doença. Quando isto ocorre, existe a possibilidade da tentativa de atendimento médico, e o possível descaso motivado por puro preconceito. A este respeito, no levantamento nacional, é apontado por 18,4% dos entrevistados, o impedimento de atendimento em rede de saúde por este motivo. (BRASIL, 2008)

Outro fator ressaltado pela autora é a superexposição à violência, que pode partir do Estado, da sociedade civil, ou até mesmo de outros moradores de rua.

Conclui-se que a violência contra a população de rua é a concretização do preconceito, da discriminação, da ignorância e da intolerância de grandes parcelas da sociedade; preconceito esse que repercute nas instituições de atendimento a esse segmento populacional e na não implementação de políticas sociais do Estado. (PEREIRA, 2008:85)

Percebe-se que a população em situação de rua segue o mesmo padrão em todo território nacional, não sendo diferente no DF. Comprovando isso, Silva (2009) utilizou em sua pesquisa exatamente as capitais brasileiras que não foram incluídas no estudo nacional, e é interessante colocar que o perfil traçado bate bastante com os outros dados: há predominância de pessoas do sexo masculino; a população em situação de rua está envelhecendo; sabem ler, e o nível de escolaridade aumenta a cada ano; é crescente o número de pessoas que são provenientes de capitais; o tempo de permanência na rua tem aumentado; tais pessoas encontram-se desacompanhadas de seus familiares, com os vínculos rompidos; a maioria trabalhava antes de estar na rua; as atividades vinculadas a ocupações precárias é o que garante a sobrevivência; é frequente o uso de álcool e outras drogas pelas pessoas em situação de rua.

Assim como a população em situação de rua segue um padrão, o perfil do público atendido pelo Consultório de Rua não é diferente. A diferenciação percebida, esta no perfil atendido pelo Consultório de Rua e no perfil atendido pelo Consultório na Rua (será aprofundado mais a frente a mudança de um para outro). No Consultório de Rua, o público alvo eram pessoas em situação de rua que fizessem uso de álcool e/ou outras drogas; já no Consultório na Rua, esse foco é ampliado a qualquer pessoa em situação de rua. As principais demandas dessas pessoas, de acordo com assistentes sociais atuantes na ponta, está relacionada a emissão de documentos, serviços odontológicos, e curativos (principalmente nos pés).

Capítulo IV – Consultório de/na Rua

Neste capítulo serão abordadas as características gerais do Consultório de Rua no território brasileiro, sendo levantado seu histórico, os princípios e diretrizes que o regem e seus principais objetivos.

Será exposto também tópico referente a migração do Consultório de Rua para Consultório na Rua, sendo realizada análise dos dois a partir dos relatos dos participantes da entrevista. Os entrevistados serão identificados por letras, sendo elas: A, B, C,D, E e F.

4.1 Características Gerais do CR no Brasil

Levando em conta este cenário de aumento constante de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, em 1999, na Bahia, mais precisamente em Salvador, surge o Consultório de Rua como uma experiência, e tentativa de atender uma parcela da sociedade que além de fazer uso abusivo e prejudicial, ainda se encontra em situação de rua, situação essa que os distancia dos modos “convencionais” de atendimento de saúde no Brasil.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O projeto foi realizado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD)⁴², e idealizado pelo Prof. Antônio Nery Filho⁴³ no início dos anos noventa. Inicialmente focado ao problema das crianças em situação de rua e uso de drogas, foi só em 1999, através de uma parceria com a Prefeitura Municipal de Salvador, que o projeto foi concretizado pela primeira vez. Assim seguiu por oito anos, sendo possível a continuação da experiência pelo apoio financeiro de algumas instâncias governamentais, como o Ministério da Saúde. Em 2004 o CR foi implantando pela primeira vez em um CAPS AD, o primeiro de Salvador. A avaliação da experiência do projeto comprovou que o dispositivo era pertinente como alternativa de atendimento a esses usuários, sendo então incluído como estratégia tanto do PEAD

⁴²Instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

⁴³ Professor da UFBA com experiência na área de Medicina, com ênfase em Dependências Químicas, Bioética e Ética e saúde.

quanto do PIEC, em 2009, com o objetivo da ampliação de acesso aos serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e/ou outras drogas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O Consultório consiste em uma modalidade de atendimento extramuros, facilitando o acesso de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde, adaptados para atender as especificidades deste público. Deve contar com uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, redutores de danos, educadores sócias ou outros profissionais de nível superior), uma van para a locomoção da equipe até os usuários, e um ponto fixo para referência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Suas diretrizes principais são: constituir-se como dispositivo público componente da rede de atenção integral em álcool e outras drogas, oferecendo ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua a usuários com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas; priorizar o direito ao tratamento de qualidade a todo usuário de álcool e outras drogas, assegurando o acesso a serviços compatíveis com as demandas dos usuários; promover ações que enfrentem as diversas formas de vulnerabilidade e risco, especialmente em crianças e adolescentes; ter como eixo político o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma; atuar na perspectiva da integralidade, do trabalho em redes, garantido uma atenção diversificada aos usuários de álcool e outras drogas; atuar na sensibilização dos serviços e profissionais da rede para o acolhimento com qualidade aos usuários de drogas em situação de rua, através da articulação de rede; garantir o alinhamento com as diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do PEAD, do PIEC, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de DST/AIDS, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2010)

Os princípios norteadores para atuação do CR seguem exemplos de alguns princípios do SUS como a universalidade (intervindo na inserção dos usuários na rede de atendimento do SUS, concedendo-lhes algo que já lhes é de direito, a saúde pública), integralidade (assegurada pela multidisciplinariedade da equipe, podendo, através de diversos saberes e olhares diferenciados, acolher demandas de ordem física, psíquica e social) e equidade (procura priorizar o atendimento a este

segmento que vive em um contexto extremamente fragilizado, com piores condições de saúde no geral). Outro eixo ético é com relação ao *modus vivendi* desses usuários, sendo explicitado que não cabe a nenhum profissional atuante na equipe o julgamento dessas pessoas, cabendo a esses a aproximação e criação de vínculos com pessoas que muitas vezes estão à margem do atendimento de saúde justamente por temer estigmas e rejeição. A redução de danos também está citada entre os princípios, colocada como estratégia prioritária, entretanto, sem ser imposta, respeitando o tempo e escolha de cada um. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

O objetivo que se pretende alcançar através das ações do CR é a inserção de pessoas em situação de rua e que fazem uso de álcool e/ou outras drogas na rede de saúde pública, atuando como uma ponte. Para isso é oferecido atendimento em seus locais de vivência e encaminhando as demandas mais complexas para a rede de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Neste sentido, constitui objetivos do dispositivo a realização de consultas, orientações, oficinas de educação em saúde, e encaminhamentos das demandas não atendidas in loco, para a rede de saúde do SUS, ações de prevenção de doenças infectocontagiosas como as doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, e diversos outros cuidados de problemas já instalados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010: 14)

4.2 Consultório na Rua

A experiência do Consultório de Rua foi considerada exitosa em Salvador, onde trabalhava na questão da atenção integral da população em situação de rua, entretanto, quando o CR se expandiu para todo o território nacional, percebeu-se que o foco estava sendo dado principalmente à dependência química. A partir disso o Movimento Nacional de População de Rua colocou que a população estava sendo estigmatizada como “drogados”, e que isso não correspondia com a realidade, uma vez que de acordo com pesquisas citadas anteriormente, o número de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, é inferior aos que não fazem. A dependência química não é o maior dos problemas da população em situação de rua, existem inúmeros outros problemas de saúde que são acarretados pela vivência na rua. Como nos relatou a entrevistada E quando questionada sobre a migração dos Consultórios

Ele se iniciou em Salvador, na Bahia, pensando justamente nessa questão toda da atenção integral da população de rua, mas quando ele foi

espalhado pra outros locais, os outros locais começaram a focalizar somente na dependência química. E muitas vezes fizeram um trabalho não muito legal, estigmatizando a população de rua, ou seja, droga igual a população de rua. E por conta disso, dentro do comitê técnico de saúde da população em situação de rua, nós começamos a conversar, de forma que a gente não era só droga... Tem muitos problemas de saúde que são acarretados pela vivência na rua, por tá sempre descalço, em contato com bactérias escusas, etc, mas o pessoal só focava nisso, na droga... Então ou seja, o consultório de rua sai da atenção à saúde mental e passa pra atenção básica. Então na realidade o que a gente deseja que os consultórios na rua sejam entrada, porta de entrada pros postos de saúde pra população de rua ser atendida.

Sendo assim, em janeiro de 2011, foi lançada a portaria nº 122, que instituía a junção entre o programa Consultório de Rua (saúde mental) e o programa Estratégia da Saúde da Família Sem Domicílio (Estratégia Saúde da Família com equipes específicas para atenção integral à saúde da população em situação de rua), o que levou ao surgimento do Consultório na Rua (atenção primária/básica).

A equipe que compõe os Consultórios na Rua segue o mesmo modelo das que faziam parte do Consultório de Rua, podendo contar com assistentes sociais, médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentistas, dentre outros. Esta equipe deve estar vinculada às unidades básicas de saúde (os postinhos), servindo como ponte para a inclusão desta população na principal porta de entrada do sistema. Além dos Centros de Saúde, a equipe também deve contar com a articulação da rede, encaminhando para os serviços especializados quando os postos não derem conta das demandas.

O número de equipes foi ampliado no DF, passando de 1 (Plano Piloto) para 3 (Ceilândia, Taguatinga e Plano Piloto). Este número foi estipulado pela portaria a partir do número de pessoas em situação de rua em cada localidade.

A equipe que atende no Plano Piloto, ao invés de estar vinculada a um Centro de Saúde, está vinculada ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), definido no portal virtual da SEDEST como:

O Centro Pop possui capacidade para atender cerca de 100 pessoas por dia e funciona de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h. O objetivo é contribuir para a construção de novos projetos de vida, promovendo atividades que colaborem para o desenvolvimento da autonomia e da sociabilidade, fortalecendo os vínculos familiares e o convívio comunitário. A unidade ainda oferece atividades, como oficinas educativas e de lazer, voltadas para a convivência e a socialização dos usuários.

4.3 Entendendo os Consultórios

Este tópico foi realizado tendo como base as entrevistas realizadas com profissionais atuantes na ponta (assistentes sociais), gestores e representantes do Movimento Nacional de População de Rua, como também as normativas que regulamentam os CR. Dentre as pessoas planejadas para participação desta entrevista, apenas uma se negou a responder o questionário, justificando que não poderia participar sem documento assinado pelo Comitê de Ética. Entretanto, em conjunto com minha orientadora, decidimos não ser necessário passar pelo comitê uma vez que só seriam entrevistados funcionários públicos e representantes de um movimento, pessoas a quem temos o direito de solicitar informações. Saliento ainda, que as pessoas participantes, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aonde lhes foi explicado o porquê da entrevista e onde as informações seriam utilizadas, sendo garantido também, o sigilo de todos os participantes. Ao todo foram entrevistadas 6 pessoas, sendo 5 do sexo feminino.

Esta descrição de funcionamento será exposta no formato de tópicos que foram temas chave no decorrer das entrevistas, sendo escrita a partir da fala das entrevistadas⁴⁴.

a) Objetivos

O objetivo do Consultório (de ou na) Rua constantemente é confundido com retirar as pessoas da situação de rua, e este não é, nem nunca foi o foco de atuação.

Na fala de todas as entrevistadas fica claro que o objetivo principal é que o CR sirva como ponte entre o usuário e os serviços de saúde, que garanta esse acesso que é de direito de todo cidadão brasileiro.

Apesar do CR ser um avanço, os objetivos ainda não são efetivamente alcançados, tendo como motivos a listagem de limites e desafios tratadas mais abaixo.

“Pra gente conseguir alcançar os objetivos ainda falta muita coisa, ainda falta um próprio conhecimento da secretaria, trabalhar intersetorialidade, mais importante implantar em locais que ainda não tem o consultório. Abranger pra que todas as pessoas em situação de rua tenham pelo menos a chance de conhecer o Consultório e ver como é, porque tem muita gente

⁴⁴O termo “entrevistadas” é usado em todas as transcrições, visando o sigilo, tendo em vista que apenas um participante é do sexo masculino, e poderia ser facilmente identificado.

ainda que nem sabe que existe... Acho que tem pouca equipe pra muito morador de rua!" (Entrevistada F)

b) Rotina

No Consultório de Rua, como já mencionado, havia uma equipe somente no Plano Piloto, que tinha como referência o CAPSad da Rodoviária do Plano Piloto. A abordagem de rua ocorria duas vezes por semana, no período noturno, a partir das 20 horas e poderia durar até 01 hora da manhã.

Essa equipe atuava em espaços pré-estabelecidos por mapeamentos, aonde sabia-se da maior concentração de pessoas em situação de rua. Os procedimentos básicos eram realizados na rua (como curativos), no caso da necessidade de atendimento mais complexo, os usuários eram encaminhados até o hospital sendo acompanhados pela equipe. No espaço da rua eram realizadas rodas de conversa geralmente sobre temas relativos a saúde (levando em conta a especificidade destes usuários, como o auto cuidado, a importância de beber água, redução de danos, como se prevenir de DSTs, as consequências do uso abusivo de determinadas drogas, etc.). Procurava-se a criação de vínculo com esses indivíduos para possível engajamento dos mesmos nos planos de atendimento do CAPS. Os atendimentos eram todos anotados em ata e depois discutia-se com toda a equipe o plano de intervenção. As profissionais do sexo também recebiam atendimento, principalmente relativo a distribuição de preservativos. Estima-se que por mês eram realizados cerca de 300 a 500 atendimentos, entretanto, não se subtraía os atendimentos realizados com a mesma pessoa, e também eram contabilizados a distribuição de preservativo por si só.

Já no Consultório na Rua, existem três equipes, onde a rotina acaba se diferenciando por conta da especificidade de cada satélite. Ceilândia e Taguatinga seguem basicamente a mesma lógica, uma vez que respondem à Centros de Saúde. Já no Plano Piloto, o Consultório funciona tendo como sede fixa o Centro POP.

Em Taguatinga são realizadas por volta de 3 a 4 saídas a campo semanais, geralmente no período noturno. Até o momento faziam visitas regulares na Praça do DI, e estudavam a possibilidade de abertura de campo na Praça do Relógio e nos arredores do Hospital Regional de Taguatinga. Retornando ao Centro sistematizam as informações do que foi feito no dia, construindo um plano de ação para as

demandas apresentadas. Quando não estão realizando abordagem na rua, fazem atendimento desta população no próprio Centro de Saúde, reservam um dia da semana para visita institucional, ou alguma articulação necessária (CAPS, alguma reunião, etc). Tem por volta de 104/105 pessoas cadastradas, e trabalham com fichas de cadastramento (basicamente o mesmo padrão do prontuário da Secretaria de Saúde).

A atuação no Plano Piloto gira em torno do Centro POP, onde os usuários têm a possibilidade de receber atendimento, fazer higiene pessoal, lavar as roupas, se alimentar, etc. A equipe é composta por assistente social, psicólogo, médico, enfermeiro e técnico em enfermagem. Esta equipe procura realizar abordagem na rua todos os dias, mas para isso necessitam de uma equipe mínima de 3 pessoas para sair, e manter ao menos 2 pessoas na sede, pois têm muitos usuários que vão até lá espontaneamente procurar atendimento, como também usuários que ficam quase em tempo integral.

Sobre isso, a entrevistada A apontou que

O número de consultas médicas também é bem grande, o número médio de 200 por mês, se a equipe tivesse só na rua ia ser um número bem menor, porque não dá pra fazer certas coisas na rua, né. Mas o médico também vai pra rua, ele é o que menos vai pra rua da equipe porque lá sempre tem gente que fica esperando pra ser atendido, mas ele vai também. Lá também tem assim... tipo, gestante, usuária de crack, tem que ficar internada, aí a equipe vai pro hospital, fica no hospital, por mais que o hospital tenha uma equipe de psicossocial, a equipe de consultório na rua vai lá, porque a gente não sabe como é essa abordagem do hospital.

A saída a campo não tem horário fixo, é realizada quando possível, geralmente no período matutino ou noturno.

c) Equipes

As equipes foram formadas a partir de concurso público da Secretaria de Saúde, contando com profissionais como assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, médicos (CR Plano Piloto) e técnicos em enfermagem. Apesar de se contar com uma equipe multiprofissional, a formação delas é bastante questionada, pois existem profissionais que sequer queriam estar no CR.

Chamou a atenção o relato da entrevistada D

“Quando cheguei aqui, na equipe que fui lotada, percebi que a equipe que já fazia parte há algum tempo não tinha experiência alguma com população em situação de rua. Eles reproduziam o atendimento que era realizado pela SEDEST, fazendo a abordagem na rua, mas depois não acompanhavam o

caso. Faziam atendimento cada dia num lugar diferente, sem um planejamento.”

Como já era experiente, tomou a iniciativa de montar um grupo de debate com a equipe, onde todos pesquisaram o histórico do CR, o fenômeno da população em situação de rua no Brasil e no DF, como era realizado o trabalho em Salvador, etc. A partir disso, a atuação foi repensada.

d) Estrutura/Recursos Materiais

A estrutura do Consultório desde sua criação, até hoje, é bastante precária. Quando gerenciado pela saúde mental, funcionava no CAPS-ad da Rodoviária, e o próprio prédio do CAPS não tinha como atender as demandas nem do Consultório, nem espontâneas. As divisórias entre as salas eram transparentes, não assegurando o sigilo do usuário e não haviam locais adequados para desintoxicação. Entretanto, a equipe podia contar com um carro (Kombi) para as saídas a campo. Esta Kombi era adesivada com logotipo do Consultório, para fácil reconhecimento dos que eram atendidos.

Já nos Consultórios na Rua, nenhuma das equipes tem carro próprio. Em Taguatinga as visitas ficam limitadas, pois a equipe geralmente só pode ir a locais próximos ao Centro de Saúde, próximos o suficiente para ir a pé. As vezes conseguem uma Kombi emprestada, mas a mesma não tem identificação alguma. Além disso, não possuem uma sala própria, tendo o sigilo dificultado, e impossibilitando um atendimento descente. As fichas também não têm um local para serem guardadas.

No Plano, a estrutura do Centro POP é boa, tendo diversos espaços para atendimentos diferenciados. Há a possibilidade de atendimento adequado, garantindo o sigilo. A equipe utiliza, quando possível, uma Kombi cedida pela Secretaria de Assistência, mas não conta com carro próprio.

e) Adesão dos usuários

No Consultório de Rua é relatado que os usuários tinham uma certa resistência ao atendimento, pois já estão muito descreditados dos serviços ofertados pelo Estado a eles especialmente. Entretanto, com o tempo a equipe conseguia criar vínculos, retornando sempre no mesmo local, conquistando a confiança dos mesmos, que acabavam por aderir às abordagens. Devido à

especificidade desta população, principalmente o consumo abusivo de drogas, os atendimentos eram muito pontuais, sendo alto o número de evasão no caso de acompanhamento no CAPS.

“A adesão dos usuários era muito dificultada por conta de geralmente eles estarem sob efeito de droga, o que era uma crítica que a gente fazia com relação ao horário de atendimento, porque a noite eles estão mais sob o efeito. Tem também que eles demoravam a confiar na gente e ver que a gente tava ali pra atender eles mesmo, da melhor forma possível. Mas com o tempo a gente ganhava a confiança deles e até conseguia que alguns fossem fazer atendimento no CAPS mesmo.” (Entrevistada B)

Nos Consultórios na Rua, e experiência não é muito diferente, sendo relatado que se leva um certo tempo até os usuários acreditarem que de fato a equipe está disposta a lhes dar a atenção que tanto necessitam. A demanda espontânea cresce bastante a cada abordagem na rua. Os usuários procuram pela equipe tanto do Centro de Saúde, quanto no Centro POP.

No caso da equipe do Plano, é relatado que o grupo que mais oferece resistência à abordagem de rua, não sendo abertos à aproximação, são as crianças e adolescentes. Quando ocorre, o atendimento deles no Centro POP é extremamente dificultado, pois só tem permissão de atender usuários com idade acima de 18 anos, a não ser que os mesmos estejam acompanhados com pais e/ou responsáveis.

f) Principais Demandas

As demandas são basicamente as mesmas desde a implantação do Consultório no DF: retirada de documentos, atendimento odontológico, curativos (principalmente nos pés pelo fato de andarem descalços, ou usarem sapatos maiores ou menores que o que deveriam), ginecologia, exames de pré-natal para as grávidas, doenças infectocontagiosas, DST's, etc.

As demandas espontâneas chamam a atenção por serem feitas principalmente a partir das famílias dos usuários, e por geralmente serem em busca da internação compulsória.

g) Avanços, limites e desafios

A implantação dos Consultórios é vista por todos os entrevistados como um avanço significativo no âmbito da saúde, uma vez que têm aproximado a população

em situação de rua dos serviços de saúde. Os próprios usuários avaliam como uma experiência positiva, como nos relata a entrevistada C:

“Eles mesmo comentam coisas do tipo: nossa, nunca achei que ia ser tratado assim morando na rua. As pessoas que atendem a gente olham com cara de nojo, como se a gente tivesse uma doença incurável e vocês vem aqui e olham a gente com tanto carinho!”

Os limites e desafios podem ser listados:

- Falta apoio da rede quando os usuários necessitam de atendimento mais específico, sendo relatado dificuldade no atendimento até mesmo do SAMU e do Corpo de Bombeiros, que geralmente alegam “não ser com eles esse tipo de atendimento.” Quando um usuário é encaminhado à algum hospital, a equipe permanece até que seja atendido, pois só assim o atendimento é garantido.

- Falta estrutura para atendimento e acompanhamento de transtornos mentais severos, sendo o surto, o único momento em que os usuários conseguem uma internação, recebendo alta médica assim que o surto cessa, sem nenhum tipo de acompanhamento.

- A demanda é muito grande para poucos profissionais.

- A formação das equipes é feita de forma confusa. Muitos não escolheram trabalhar no Consultório, não tendo o perfil necessário para o trabalho.

- A concepção do trabalho ainda é confusa, onde cada equipe acaba trabalhando da forma que julga ser mais correta, sem um padrão para todo o DF. No período da entrevista, as equipes estavam tentando estreitar os laços para atender a um padrão, mas ainda havia pouco diálogo entre elas.

- Falta sensibilização dos profissionais da saúde quanto a complexidade e especificidade do modo de vida da população em situação de rua. Um dos maiores empecilhos para o atendimento na rede hospitalar, é o preconceito partindo de quem os deveria atender, e acabam os distanciando ainda mais.

- A precariedade de recursos materiais e estrutura física é um dos limites que mais repercutem no atendimento. Observa-se que nenhuma das equipes têm carro próprio, sendo que a abordagem de rua é o diferencial do CR. Para além disso, a falta de salas para que seja mantido o sigilo durante o atendimento é bastante prejudicial.

4.4 Análise CR

Os dois dispositivos se misturam e se confundem, a iniciar pelo nome. Um dos pedidos do Movimento de Pop. de Rua é que o nome fosse mudado para “Saúde na Rua”, justamente para não causar confusão com os nomes, mas infelizmente não foi atendido.

Apesar das gerências terem sido trocadas, na prática, o atendimento é basicamente o mesmo. O Consultório de Rua trabalhava com foco nas pessoas em situação de rua que fizesse uso de álcool e ou outras drogas, mas o atendimento a quaisquer outros públicos não era negado. Mas na teoria a mudança de Consultório de Rua para Consultório na Rua é enxergada como avanço, pois foi uma demanda da própria população de rua (visando a quebrado estigma de que a maioria das pessoas em situação de rua fazem uso de drogas), e amplia o leque de possibilidades de atendimento (com o Centro POP e os Centros de Saúde tidos como referência).

A implantação de 3 Consultórios na Rua no DF é um ótimo começo, mas ainda é muito pouco⁴⁵. Os locais foram escolhidos de acordo com o número da população (as 3 satélites mais povoadas do DF), mas a localidade que tem o número mais alto de pessoas em situação de rua (Águas Claras), por exemplo, não foi contemplada com o CR.

Além de poucos CR em atuação no DF, o número de profissionais nas equipes é muito baixo para o tamanho da demanda. Houveram relatos de até 500 atendimentos, e no mínimo 140. Como realizar acompanhamento desse número de pessoas, com apenas 6 pessoas em cada equipe?

Com relação ao Centro POP, eledá mais autonomia às equipes de atuação que o Centro de Saúde, mas é um dispositivo onde a análise é contraditória, pois uma vez que é um avanço, é também um retrocesso. Avanço porque esta população não tinha onde realizar atividades básicas e necessárias para a sobrevivência do ser humano, como tomar banho, se alimentar, fazer necessidades fisiológicas, etc. Ou seja, antes não tinha, agora tem. Mas ao mesmo tempo, esse espaço é segregador, pois é como se afirmasse que essa população não têm direito de ser atendida na forma convencional da rede de saúde, precisa de um local específico e diferenciado.

⁴⁵ Não há projetos para ampliação do CR em outras satélites, o número máximo estipulado são 3 para todo o DF.

As pessoas em situação de rua têm suas especificidades, mas a rede deveria se adequar a elas, e não eles serem atendidos em local diferente que o resto da população.

Um dos desafios mencionados é o fato do processo de trabalho ser muito confuso, os profissionais têm dificuldade em saber como atuar na área. O DF ainda precisa construir sua identidade com relação ao Consultório de Rua.

A formação das equipes é realizada de uma forma que não visa um atendimento de qualidade aos usuários, uma vez que profissionais que não possuem o perfil, ou nenhuma experiência na área passam a atuar nela. Além disso, não há nenhum tipo de sensibilização com esses, não há um curso, um seminário, uma palestra, uma discussão que seja, ficando a encargo dos que acabaram de chegar “se virarem”, como foi o caso da assistente social que teve que debater com sua equipe sobre o processo de trabalho que estava sendo realizado.

Fica claro que apesar de ser uma conquista para a população em situação de rua, ainda há muito caminho pela frente. Uma das estratégias que poderiam ser feitas, é a sensibilização de profissionais que atuam dentro dos hospitais, pois a equipe dos Consultórios, não têm capacidade, e nem devem, ser a única alternativa dessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo analisar criticamente o processo de implantação do Consultório de Rua no DF, de modo a evidenciar se a natureza, a abrangência, as atividades e os desafios desse processo de implantação contribuíram para assegurar direitos dos usuários. Para tal, o trabalho foi norteado pelo seguinte problema de pesquisa: em que medida as atividades do Consultório de Rua proporcionaram mudanças (positivas/negativas) na realidade de pessoas que vivem em situação de rua e fazem uso abusivo de álcool e outras drogas?

Como hipótese apontamos que apesar de ser um grande avanço tal dispositivo que atende usuários nos seus espaços de vivência, sem a obrigação da abstinência, incluindo os mesmos num sistema de saúde o qual sempre os ignorou, ainda assim, as mudanças são quase nulas na realidade desses sujeitos.

Confirmou-se essa hipótese a partir dos seguintes pontos:

- Os Consultórios, ainda que aproximem a população em situação de rua do sistema de saúde, acabam segregando-a, uma vez que o atendimento é realizado, na maioria das vezes, em espaços diferentes do restante da população (na rua ou no Centro POP);
- A demanda da população de rua (por volta de 2.512 indivíduos), é muito maior do que as equipes (apenas 3 equipes, com 6 profissionais cada) podem atender.
- O Distrito Federal conta com 30 Regiões Administrativas⁴⁶, e apenas 3 são contempladas com os Consultórios. Ou seja, 90% do DF não recebe atendimento, a não ser que se desloque para outra cidade satélite. O pior é que não há planos para que este número de pessoas que não recebem atendimento diminua, uma vez que a portaria estipula o limite máximo de 3 Consultórios.
- O CR ainda não está efetivamente consolidado no DF, cada equipe trabalha da forma que acha correta.
- Ainda não há a sensibilização de profissionais que atuam dentro dos hospitais, o que se mostra como um grande problema, uma vez que quando o

⁴⁶ Relação disponível em: <http://www.df.gov.br/sobre-o-governo/administracoes-regionais.html>

usuário necessita de um atendimento mais específico, que só possa ser realizado em um hospital, a equipe paralisa os demais atendimentos para acompanhá-los, visando garantir o atendimento adequado. Como apontado, as equipes dos Consultórios, não têm capacidade, e nem devem, ser a única alternativa dessa população.

A implantação do CR no DF é entendida como um avanço para a população em situação de rua que faz uso de álcool e ou outras drogas, no sentido de que passam a ter um atendimento especializado com o intuito de diminuir o distanciamento histórico entre esta população e a rede de saúde. Entretanto, a mudança na realidade desta população em geral é quase nula, uma vez que as equipes têm um número ínfimo para intervenção, levando em conta a totalidade de pessoas em situação de rua em todo o DF. Além disso, nota-se a precarização dos recursos e estruturas físicas, onde o diferencial do atendimento é a aproximação realizada no espaço de vivência desses sujeitos, a rua, as equipes não contam sequer com carro próprio. Por tanto, é um avanço, mas ainda há muito a ser feito.

A partir de tudo que aqui foi exposto, recomenda-se para pesquisas futuras, o estudo dos Consultórios na Rua localizados em outros contextos, nos diversos estados brasileiros, a fim de verificar e comparar os resultados encontrados, como também, de uma análise mais a fundo desses dispositivos, visando a melhoria e o aumento de políticas públicas e sociais voltadas para essa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMIDES, Juliana. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social. 2005. Disponível em: <http://artigosocial.blogspot.com.br/2011/08/trabalho-de-conclusao-do-curso-de.html>
- AGUIAR, Zenaide Neto. Sistema Único de Saúde. Antecedentes, percurso, perspectiva e desafios. São Paulo: Martinari, 2011
- AMARANTE, P. (org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. 2010. Disponível em: <HTTP://www.obid.senad.gov.br/portais/obid/biblioteca/documentos>.
- ASSOCIACAO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: crack. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2012, vol.58, n.2, pp. 138-140. ISSN 0104-4230. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000200008>.
- BRAVO, Maria Inês. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006
- BRASIL. Agência do Senado. Portal de Notícias. "Política uruguaia de uso da maconha zerou mortes ligadas à droga, diz secretário", 2014. Disponível em: http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2014/06/02/politica-uruguaia-de-uso-da-maconha-zerou-mortes-ligadas-a-droga-diz-secretario?utm_source=midias-sociais&utm_medium=midias-sociais&utm_campaign=midias-sociais
- _____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.
- _____. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.
- _____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- _____. Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Consultório de Rua do SUS. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma do Serviço de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Política Nacional sobre Drogas. Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.

_____. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

_____. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.

_____. Código Criminal do Império do Brasil, 1830 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm

_____. Código Penal dos Estados Unidos do Brasil, 1890 Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=50260>.

_____. Lei de Tóxicos - Lei 11343/06 | Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006

_____, Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório Brasileiro Sobre Drogas. 2009.

_____. Sumário Executivo. PESQUISA NACIONAL SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Abril de 2008

Brites, Cristina Maria. Ética e Uso de Drogas: Uma Contribuição da Ontologia Social para o Campo da Saúde Pública e da Redução de Danos. Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São

Paulo. São Paulo. 2006 Disponível em:
http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4196

BUCHER, Richard. Prevenção ao uso indevido de drogas. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1989. 2v.

_____, Richard. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: artes médicas. 1992.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. Revista Outubro, n 06, 2002: São Paulo, SP

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. CFESS Manifesta – Dia Internacional de Combate às Drogas. O debate contemporâneo sobre os usos de drogas. Brasília, 2011.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. CFESS Manifesta – Dia Internacional de Combate às Drogas. Violência e autoritarismo do estado não resolvem!. Brasília, 2011.

CHAIBUB, Juliana Rochet Wirth. Entre o mel e o fel: drogas e redução de danos. Tese de doutorado. Brasília. 2009. Disponível em:
http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5571/1/2009_JulianaRochetWChaibub.pdf

CINCO, Renato. O debate sobre a legalização das drogas: a falência da política proibicionista. in: Revista Inscrita. Ano 10. Nº 14. Conselho Federal de Serviço Social. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Dependente do Uso do Crack. Disponível em:
<http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. A instituição sinistra – mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Brasília, 2001.

_____. Relatório de inspeção nacional de Unidades psiquiátricas em prol dos direitos humanos. Brasília:CFP, 2004.

_____.Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

COUTO, Sérgio Pereira. A extraordinária história da China. São Paulo: Universo dos Livros, 2008.

FOUCOULT, Michel. História da Loucura na Idade Clássica; trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo : Perspectiva, 1989.

FREIRE, F. H.; SILVA, V. N.; OLIVEIRA, M. F. O “Programa de Volta pra Cara” no campo da saúde coletiva e saúde mental: estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. In: Revista Científica da Escola de Saúde – Universidade Potiguar. 2012

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. Didática, São Paulo, v. 26/27 1990/1991

MELO, Tomás Henrique de Azevedo Gomes. A Rua e a Sociedade: articulações políticas, sociabilidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua. Curitiba: 2011. Dissertação (mestrado em antropologia) – Universidade Federal do Paraná.

MENDES, L. B.; BARSANELLI, M. Caminhos e Contextos: As transformações das políticas públicas brasileira sobre álcool e outras drogas. Psicologia, Ciência e Profissão, ano 6, n.6, p. 11-13, Nov. 2009 .

MINAYO, Maria Cecília de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Ruado SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Ligia (org.). et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio De Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, Camila Potyara. Rua sem saída: Um estudo sobre a relação entre o Estado e a População de Rua de Brasília. Programa de pós-graduação em Política Social. Universidade de Brasília. 2008

PEREIRA, Camila Potyara (Orgs.). Projeto Renovando a Cidadania: pesquisa sobre a população em situação de rua do Distrito Federal. Brasília: Gráfica Executiva, 2011.

PESSOTTI, Isaias. Século dos manicômios(o). São Paulo: Ed. 34, 1996. 300 p

ROCHA, Andréa Pires. Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 115, p. 561-580, jul./set. 2013

RONZANI, Telmo Mota et al . “Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003”, Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 5, Dez. 2009 . Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500016&lng=en&nrm=iso

SILVA, Maria Lucia Lopes da. Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil. Ed. Cortez. São Paulo, 2009.

SILVA, A.C. et al. Limites da Reforma Psiquiátrica. Jornal do Conselho Regional de Psicologia. Rio de Janeiro. Ano 2. Nº 10. Junho, 2006.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da & MOREIRA, Fernanda Gonçalves (orgs). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

FOLHETIM. Programa de Redução de Danos – Campo Grande/MS, S/D.

STOFFELS, Marie Ghislaine. 1977. Os mendigos na cidade de São Paulo: ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. (apud MELO)

SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. Communitiesterapêuticas Como forma de TRATAMENTO parágrafo a DEPENDÊNCIA de substâncias psicoativas. Estud. psicol. (Campinas) , Campinas, v. 22, n. 2, junho de 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000200006&lng=en&nrm=iso>.

ANEXOS

Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Ana Luísa Pires Dutra, estudante de Serviço Social da Universidade de Brasília, convido você para participar da pesquisa “Consultório de Rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF?”, que tem como objetivo analisar criticamente o processo de implantação do Consultório de Rua no DF, de modo a evidenciar se a natureza, a abrangência, as atividades e os desafios desse processo de implantação contribuem para assegurar direitos dos usuários. Tal pesquisa auxiliará para a elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso, orientado pela Prof.^a Dr.^a Sandra Teixeira, do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília.

Para tanto, utilizaremos pesquisa documental no intuito de obter informações acerca do histórico da implementação do Consultório de Rua no Brasil e no DF, como também identificar e analisar o perfil da população assistida pelo projeto, considerando sexo, idade, procedência, posse de documentação de identificação e residência fixa, dentre outros.

Além disso, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, para a qual necessito de sua colaboração. Sua contribuição é fundamental para obtenção de dados que aprofundarão a reflexão acerca do tema trabalhado.

A qualquer momento da realização desse estudo você poderá receber os esclarecimentos adicionais que julgar necessários. Sua participação é completamente voluntária, sendo assim, você pode desistir de participar da entrevista em qualquer momento da mesma, não havendo nenhum tipo de prejuízo ou penalidade. A entrevista deverá ser gravada, entretanto, em caso de constrangimento, poderá se negar a responder qualquer pergunta, ou solicitar a suspensão parcial ou total da gravação realizada.

As informações obtidas são confidenciais, sendo usadas para fins unicamente acadêmico-científicos e apresentados na forma de TCC, não sendo utilizadas para qualquer outro fim.

Qualquer dúvida que surgir a respeito dessa pesquisa, você poderá entrar em contato comigo no endereço eletrônico: analu.unb@gmail.com ou pelo telefone (61)8486-7946.

Em caso de concordância com as considerações expostas, solicitamos que assine este “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” no local indicado abaixo. Desde já agradecemos sua colaboração e nos comprometemos com a disponibilização à instituição dos resultados obtidos nesta pesquisa, tornando-os acessíveis a todos os participantes.

Consentimento Após o Esclarecimento

Eu, _____,
declaro que estou ciente dos objetivos dessa pesquisa, de ter compreendido as informações dadas pela pesquisadora, que por livre e espontânea vontade aceito participar da pesquisa intitulada “Consultório de Rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF?”. Permito que as informações que prestei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma.

Brasília, _____, de _____ de _____.

Assinatura da/o participante

Ana Luísa Pires Dutra
Pesquisadora Responsável

Prof.^a Dr.^a Sandra Teixeira
Orientadora Responsável

Anexo II – Roteiros de Entrevista (mov. pop. rua)

Roteiro de Entrevista (fórum POP)

Dados Pessoais

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:

Consultório de Rua

4. Os objetivos do CR são efetivamente alcançados?
5. Você poderia relatar alguma situação vivenciada ou sabida que tenha relação com o atendimento realizado pelo CR?
6. Quais são os avanços enxergados com a implementação do CR?
7. Quais os limites e desafios para implementação do CR?
8. Os usuários têm aderido aos atendimentos realizados pelo CR? Se não, o que falta para que isso aconteça?
9. Como você avalia a mudança de Consultório de Rua para Consultório na Rua? Foi um avanço para o Movimento de Pop. de Rua?
10. Quais outras estratégias poderiam ser traçadas para reverter o quadro histórico de distanciamento entre usuários/as de álcool e outras drogas em situação de rua e a rede de saúde?
11. A internação compulsória já é uma realidade no Brasil. Como você avalia essa prática? Existe a possibilidade dela vir a ocorrer no DF?

Anexo III – Roteiro de Entrevista (gestão)

Roteiro de Entrevista (gestão)

Dados Pessoais

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Cargo/Função:

Consultório de Rua

5. O que diferencia o Consultório NA Rua para o Consultório DE Rua? Essas mudanças são positivas?
6. Os objetivos do CR são efetivamente alcançados?
7. Quais são os avanços enxergados com a implementação do CR?
8. Quais os limites e desafios para implementação do CR?
9. Os usuários têm aderido aos atendimentos realizados pelo CR? Se não, o que falta para que isso aconteça?
10. O CR atua sem a lógica do atendimento baseado na abstinência do usuário. Este fator é enxergado como um avanço, entretanto, o atendimento realizado com usuários sob efeito de álcool e/ou outras drogas é realmente extremamente dificultado, como alegam os hospitais?
11. Quais outras estratégias poderiam ser traçadas para reverter o quadro de distanciamento entre usuários de álcool e outras drogas em situação de rua e a rede de saúde?
12. A internação compulsória já é uma realidade no Brasil. Como você avalia essa prática? Existe a possibilidade dela vir a ocorrer no DF?
13. Atualmente, quantos CR são ativos no DF? Todas as satélites são contempladas com a atuação do mesmo? Quais os critérios para atuação em determinada cidade?

Anexo IV – Roteiro de Entrevista (trabalhador)

Roteiro de Entrevista (trabalhador)

Dados Pessoais

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Cargo/Função:
5. Tempo de trabalho no CR:

Consultório de Rua

6. O que diferencia o Consultório NA Rua para o Consultório DE Rua? Essas mudanças são positivas?
7. Fale sobre a rotina de funcionamento do CR. Quais são as experiências vivenciadas por você?
8. Os objetivos do CR são efetivamente alcançados?
9. Quais são os avanços enxergados com a implementação do CR?
10. Quais os limites e desafios para implementação do CR?
11. Os usuários têm aderido aos atendimentos realizados pelo CR? Se não, o que falta para que isso aconteça?
12. O CR atua sem a lógica do atendimento baseado na abstinência do usuário. Este fator é enxergado como um avanço, entretanto, o atendimento realizado com usuários sob efeito de álcool e/ou outras drogas é realmente extremamente dificultado, como alegam os hospitais?
13. Quais outras estratégias poderiam ser traçadas para reverter o quadro histórico de distanciamento entre usuários/as de álcool e outras drogas em situação de rua e a rede de saúde?
14. A internação compulsória já é uma realidade no Brasil. Como você avalia essa prática? Existe a possibilidade dela vir a ocorrer no DF?